

## فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية في المملكة العربية السعودية

د. فوزية عبدالله الجلامده

أستاذ مساعد قسم التربية الخاصة

كلية التربية - جامعة القصيم

### ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر البرنامج التدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية. تكونت عينة الدراسة من مجموعتين (تجريبية وضابطة) وتكونت كل مجموعة من (١٠) أطفال من ذوي الإعاقة العقلية البسيطة (٥ ذكور و ٥ إناث) ومن ذوي الفئة العمرية ما بين (٤ - ٨) سنوات من مركز الطفولة والتدخل المبكر بجمعية عناية للخدمات الإنسانية في القصيم. وقد أعدت الباحثة مقياس للكشف عن اضطرابات النطق للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، وبرنامج تدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة. وقد أشارت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المجموعتين التجريبية والضابطة في البرنامج التدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية ولصالح المجموعة التجريبية، بالإضافة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \leq 0.05$ ) للبرنامج التدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية تعزى للجنس وكانت الفروق لصالح الإناث.

الكلمات المفتاحية: اضطرابات النطق، برنامج تدريبي، الإعاقة العقلية

## فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية في المملكة العربية السعودية

د. فوزية عبدالله الجلامده

أستاذ مساعد قسم التربية الخاصة

كلية التربية - جامعة القصيم

### مقدمة:

تعد الإعاقة العقلية واحدة من الإعاقات الرئيسية التي كانت من أولى الإعاقات التي عرفتھا المجتمعات البشرية، وقدمت لها الرعاية الخاصة. وقد شهدت العقود الخمسة الماضية بذل جهود عديدة على الصعيد الدولي لتحسين نوعية حياة الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية. وأصبح العالم يتحدث عن مجتمع للجميع، وأصبح لهؤلاء الأشخاص حقوق تعترف بها المجتمعات المعاصرة كالحق في أن يعامل كإنسان، والحق في الانتباه إلى جوانب القوة الموجودة لديه وليس إلى جوانب الضعف فقط، والحق في النمو والتطور، والتعلم المناسب، والحق في تلقي برامج منتظمة ومكثفة لتساعدھم على المدى البعيد.

وتُعد اضطرابات النطق من أكثر الاضطرابات اللغوية شيوعاً بين الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، والتي قد تحد من قدراتهم وطاقاتهم على عملية التواصل مع الآخرين، مما دفع العاملين والمتخصصين في مجال اضطرابات النطق إلى الاهتمام بهذه الفئة من ذوي الإعاقة العقلية وتقديم البرامج العلاجية المناسبة لهم (Mire & Montgomery, 2009).

ولزيادة شيوع ظاهرة اضطرابات النطق لدى الأطفال المعاقين عقلياً، فإن لا بدّ من برامج التدخل المبكر لخفض هذه الاضطرابات لدى هؤلاء الأطفال لتحقيق عملية التواصل مع أقرانهم ومع أفراد المجتمع، وهكذا فإن التدخل المبكر لا يقتصر على التربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة لدعم نمو الأطفال المتأخرين نمائياً والأطفال المعرضين لخطر الإعاقة والأطفال ذوي الإعاقة المثبتة، ولكنه يشمل أيضاً خدمات الكشف والتشخيص المبكر، والخدمات المساندة مثل العلاج الطبيعي، والوظيفي والنطقي وغيرها (الخطيب والحديدي، ص. ٢٠١٠، ص. ٩٦ - ٩٧).

إن توفر برامج التدخل المبكر الغنية بالمشيرات في السنوات الأولى من حياة الطفل يساعد بشكل مؤكد في إكساب مختلف المفاهيم والمهارات الضرورية سواء أكانت لغوية، أو معرفية، أو سلوكية، أو اجتماعية، أو أكاديمية وذلك حسب حاجة كل طفل، كما أن استخدام البرامج التربوية أو العلاجية في المراحل المبكرة يؤدي إلى نتائج أفضل في حالات الاضطرابات النطقية واللغوية (البطانية، والجراح، وغوانمة، ٢٠٠٧). إلا أنه من غير المؤكد بعد ما إذا كان هذا التحسن في النطق والكلام يحدث نتيجة لهذه البرامج وحدها أم نتيجة للنضج الذي يحدث خلال فترة العلاج (Chen,2010).

وقد أشار الباحثين إلى أن البرامج العلاجية لها فوائد محققة، ولكن الأمر لا يتوقف على علاج العيوب فقط بل اتضح أن العوامل البيئية المختلفة تؤثر بشكل إيجابي أو سلبي في قيمة العلاج، حيث يؤدي علاج النطق إلى التكيف الاجتماعي للفرد، فالمعالج يصحح الكلام ويعطي الطفل فرصة للتفاهم والتواصل مع الآخرين والتعبير عن أفكاره ومشاعره، وتنمية مفرداته، وتوضح له المفاهيم والكلمات، وبذلك يصل الطفل في النهاية إلى تحسين علاقاته الاجتماعية مع الآخرين، وأهم ما يميز علاج عيوب النطق والكلام ونمو اللغة هو إمكانية إدماج النشاط اللغوي في المواقف المختلفة التي يتعرض إليها الأطفال في الفصول الخاصة أثناء تعليمهم وتدريبهم (النوبي، ٢٠١٠).

وقد برزت أهمية التدخل المبكر في مجال التربية الخاصة حيث بينت العديد من الدراسات والأبحاث في هذا المجال فاعلية البرامج في التدخل المبكر في تحسين الاضطرابات النطقية لدى المعاقين عقليا، ومن هذه الدراسات دراسة سميث وهولاند (Smith & Holland, 2009) التي بينت أن استخدام طرق الاتصال الفاعلة لبرامج التدخل المبكر تؤثر إيجابياً في المخرجات العلاجية الناتجة من استخدام هذه البرامج، ودراسة شين (Chen, 2010) التي بينت أن برامج التدخل المبكر قادرة على تحسين مهارات التحدث لدى الأطفال من ذوي الإعاقات العقلية البسيطة والمتوسطة، ودراسة بيهل وهوستن (Behl & Houston 2010) حيث أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن برامج التدخل المبكر المقدمة قادرة على تحسين القدرة الكلامية لدى الأطفال المعاقين عقليا، ودراسة مير ومنتجر (Mir & Montgomery, 2009) التي أشارت إلى أن هناك أثر لبرامج التدخل المبكر القائمة على تدريب النطق في تحسين القدرات اللفظية لدى الأطفال المعاقين إعاقة عقلية.

## ◆ فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ◆

وبناءً على ما سبق نجد أن الأطفال المعاقين عقلياً هم من الأفراد الذين يعدون بحاجة إلى برامج التدخل المبكر نظراً لوجود مشكلات في النطق واللغة لديهم، ومن هنا وبناءً على ما تقدم يتضح وجود أهمية للتدخل المبكر ودوره في تخفيف حدة اضطرابات النطق واللغة أو تقليل حدتها لدى الأطفال المعاقين عقلياً، مما دفع الباحثة إلى إجراء مثل هذه الدراسة لتقدم برنامجاً تدريبياً في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال المعاقين عقلياً. يتقدم الباحث بجزيل الشكر لجامعة القصيم ممثلة بعمادة البحث العلمي على دعمها المادي لهذا البحث تحت رقم (٣٠٩٥) خلال السنة الجامعية ١٤٣٦هـ/٢٠١٥م.

### مشكلة الدراسة :

تصاغ مشكلة الدراسة في السؤال الرئيس الآتي:

ما فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر للعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال المعاقين عقلياً؟

وجاءت الدراسة للإجابة على الأسئلة التالية:

السؤال الأول: ما فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر للعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال المعاقين عقلياً؟

السؤال الثاني: هل تختلف فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر في علاج اضطرابات النطق لدى الأطفال المعاقين عقلياً باختلاف متغير الجنس؟

### فرضيات الدراسة:

تفترض الدراسة الحالية عدد من الفرضيات وهي:

١. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في اضطرابات النطق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة تعزى إلى البرنامج التدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية.

٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) للبرنامج التدريبي في التدخل المبكر للعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة تعزى إلى متغير الجنس.

### هدف الدراسة:

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر البرنامج التدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية.

### أهمية الدراسة:

تبرز أهمية الدراسة الحالية من جانبين هما:

#### الأهمية النظرية:

1. تهتم الدراسة بدراسة ومعالجة بعض اضطرابات النطق التي يعاني منها الأطفال ذوي الإعاقة العقلية والتي قد تؤدي إلى التأثير السلبي على حياتهم الاجتماعية.
2. حداثة موضوع البحث على حد علم الباحثة في المملكة العربية السعودية التي سوف تقدم برنامج تدريبي للتدخل في علاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية.
3. تأخذ هذه الدراسة قيمتها من أهمية الموضوع التي تتناوله وهو تقديم خدمات التدخل المبكر في هذه المرحلة، وتعليم الأطفال كيفية نطق الأصوات بطريقة صحيحة.

#### الأهمية العملية:

1. توفير برنامج تدريبي للعاملين بهذا المجال لمواجهة مشاكل النطق لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية لاستخدامه مع الحالات المشابهة لعينة الدراسة.
2. تسهم الدراسة في لفت انتباه أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة العقلية إلى اضطرابات النطق واللغة لدى أطفالهم وتدريبهم بأنفسهم وحل مشاكل النطق لدى أبنائهم.
3. توفير مقياس للعاملين في مجال النطق للكشف عن اضطرابات النطق لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة ليتم وضع برامج تتلائم مع تلك المشكلات.
4. يمكن الاستفادة من البرنامج التدريبي لمعالجة بعض مشكلات النطق لدى الأطفال المعاقين عقليا في وزارة التربية والتعليم ووزارة الصحة، ومعاهد الفكري.
5. قد يسهم البرنامج التدريبي في تحسين قدرة الأطفال المعاقين عقليا على النطق الجيد لتحسين قدراتهم على التكيف النفسي والاجتماعي مع محيطهم.

## التعريفات الإجرائية ومصطلحات الدراسة:

هناك العديد من المصطلحات التي وردت في الدراسة وهي كالتالي:

**الإعاقة العقلية:** تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية  
The American Association on Mental Retardation, (AAMR)  
(Definition)

والتي ينص على أن الإعاقة العقلية تمثل عدداً من جوانب القصور في أداء الفرد والتي تظهر دون سن ١٨ وتتمثل في التدني الواضح في القدرة العقلية عن متوسط الذكاء ( 70 أو - + ٥ ) يصاحبها قصور واضح في اثنين أو أكثر من مظاهر السلوك التكيفي مثل: مهارات الحياة اليومية، المهارات الاجتماعية، المهارات اللغوية، المهارات الأكاديمية الأساسية، مهارات التعامل بالنقود، مهارات السلامة (الروسان، ٢٠١٠، ص. ٨٦).

ويعرف المعاقون عقلياً إجرائياً في الدراسة الحالية بأنهم مجموعة الأطفال من ذوي الإعاقة العقلية البسيطة والذين يعانون من اضطرابات في النطق، والذين تتراوح أعمارهم ما بين (٤ - ٨) سنوات، والملتحقين بمركز الطفولة والتدخل المبكر بجمعية عنيزة للخدمات الإنسانية بعنيزة، منطقة القصيم، والقابلين للتعلم وممن نسبة ذكائهم ما بين (٥٥ - ٧٥) حسب تشخيص مركز تشخيص الإعاقات في جمعية عنيزة.

**اضطرابات النطق:** تعريف اضطرابات النطق في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي DSMIV (1994) بأنه: "فشل في استخدام أصوات الكلام المتوقعة نمائياً والتي تكون مناسبة لعمر الفرد وذكائه ولهجته، ويتضح في إصدار صوتي رديء أو تلفظ غير مناسب. ويتألف الاضطراب النطقي من: أخطاء في إصدار الصوت، أو إبدال صوت مكان آخر، أو حذف أصوات مثل الحروف الساكنة التي تقع في آخر الكلمة، و تشويه وتحريف لنطق الكلمة.. الخ، مما يعطى انطباعاً بأنه كلام طفلي (البيلاوي، 2003، ص. ١٨٠ - ١٨١).

وتعرف اضطرابات النطق إجرائياً: في هذه الدراسة بالدرجة التي يحصل عليها الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة لفئة الأعمار من سن (٤ - ٨) سنوات على مقياس الكشف عن اضطرابات النطق لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية.

**التدخل المبكر:** هو خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية تقدم للأطفال دون سن السادسة الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة (الخطيب والحديدي، ٢٠١٠، ص. ٢٤).

ويعرف **التدخل المبكر إجرائياً:** في هذه الدراسة بأنه مجموعة الإجراءات والتدريبات والأنشطة التي تقدم للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة بهدف تحسين اضطرابات النطق لديهم. **البرنامج التدريبي:** هو عبارة عن مجموعة من الأنشطة والتدريبات التي تقدم الى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، والتي تتضمن مجموعة الأنشطة والتدريبات اللغوية، والذي سيتم تقديمها للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة ممن لديهم اضطرابات في النطق من سن (٤ - ٨) سنة، وذلك لتحسين النطق لديهم بشكل مقبول.

### حدود الدراسة محدداتها:

**الحدود البشرية:** تقتصر الدراسة على مجموعة الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة والذين يعانون من اضطرابات في النطق (الإضافة، الحذف، الإبدال، التشويه) والموجودين في مركز التدخل المبكر في جمعية عنيزة في مدينة عنيزة في القصيم.

**الحدود الزمانية:** الفصل الدراسي الثاني للعام الجامعي ١٤٣٦ / ١٤٣٧ هـ.

**الحدود المكانية:** مركز الطفولة والتدخل المبكر في جمعية عنيزة في مدينة عنيزة في القصيم.

**محددات الدراسة:** تتحدد الدراسة بمدى صدق وثبات الأدوات المستخدمة في الدراسة، والمتمثلة في مقياس الكشف عن اضطرابات النطق للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، والبرنامج التدريبي للتدخل المبكر في علاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.

**الحدود الموضوعية:** إقتصار هذا البحث على فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.

### الإطار النظري والدراسات السابقة:

وفيما يلي عرض للمفاهيم الدراسة، والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة:

أولاً: الإطار النظري:

يتناول الإطار النظري المفاهيم التالية ذات العلاقة بالدراسة وهي الإعاقة العقلية، واضطرابات النطق، والتدخل المبكر.

**الإعاقة العقلية:**

الإعاقة العقلية هي أحد درجات القصور بوظائف معينة تؤدي إلى تأخير الفرد بقيامه بتلك الوظائف بشكل عادي، وهذا التأخير العقلي هو اضطراب علاقات الفرد بنفسه وبمحيطه أولاً وبمحيطه في الزمان والمكان، علماً بأن تواصل هذه العلاقات هي الممارسة اليومية للحياة الإنسانية. وقد تعددت تعريفات الإعاقة العقلية بسبب اهتمامات العديد من ميادين العلم والمعرفة كعلم النفس، والتربية والطب والاجتماع والقانون وغيرها لذلك ظهر العديد من التعريفات للإعاقة العقلية ومنها:

**تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية عام (٢٠٠٢)،** الإعاقة العقلية بأنها نقص في الأداء الوظيفي والسلوك التكيفي والتي تظهر في المهارات الاجتماعية، والمفاهيم والمهارات التكيفية التطبيقية، والتي تظهر قبل سن الثامنة عشرة (Smith,Patton&Kim,2006,p61).

وفي عام (٢٠٠٨) عرفت الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية بأنها: إعاقة تتسم بانخفاض ملحوظ في كل من الأداء العقلي والسلوك التكيفي الذي تمثلهما المهارات المفاهيمية والاجتماعية والتكيفية العملية (الخطيب، ٢٠١٠، ص.١١٤).

**تصنيف الإعاقة العقلية:**

تصنف الإعاقة العقلية إلى فئات حسب معايير مختلفة فقد تصنف الإعاقة العقلية بحسب متغير الشكل الخارجي أو بحسب متغير نسبة الذكاء أو بحسب متغير البعد التربوي أو بحسب متغيري نسبة الذكاء والتكيف الاجتماعي.

**تصنيف حالات الإعاقة العقلية حسب متغير الشكل الخارجي (الإكلينيكي):**

يعتمد هذا التصنيف على المظاهر والملاحح الجسمية والتي تصاحب بعض حالات الإعاقة العقلية بالإضافة إلى عامل الذكاء المنخفض، ومن أهم الأنماط الإكلينيكية للمعاقين عقلياً وأشدها شيوعاً ما يلي - :



١. عرض داون (Dawns Syndrome): وتمثل (١٠%) من حالات الإعاقة العقلية، وتتصف بإنحراف العينين، وسمك الجفون، وصغر حجم الرأس، نعومة الجلد ورطوبته، وتشقق اللسان وكبره، وانف قصير أفتس، والأذنين صغيرتين، وخروج اللسان لكبر حجمه الطبيعي.
  ٢. حالات استسقاء الدماغ (Hydrocephaly): هو تراكم السائل النخاعي الشوكي داخل الجمجمة مما يؤدي إلى زيادة الضغوط فتتلف أنسجة الدماغ، وترجع زيادة هذا السائل إلى اختلال إعادة امتصاصه أو وجود عائق يمنع جريانه، وانسداد القنوات (الظاهر، ٢٠١٢).
  ٣. حالات القماءة أو القصاع (Cretinism): تعتبر حالات القماءة (قصر القامة) من الحالات المعروفة في ميدان الإعاقة العقلية، حيث يتصف هؤلاء الأطفال بالقصر المفرط، والمصحوبة بالقدرة العقلية المتدنية.
  ٤. حالات كبر حجم الدماغ (Macrocephaly): تتميز بكبر محيط الجمجمة وزيادة حجم وزن الدماغ نتيجة لزيادة المادة البيضاء والخلايا الضامة بالمخ، وترجع إلى وجود عيب في المخ انتقل عن طريق الجينات الوراثية مما أدى إلى النمو الشاذ في أنسجة المخ، كما يكون عمر هذه الحالات قصيراً فيما عدا الحالات غير المصحوبة بتشنجات عصبية، وتبدو مظاهر هذه الحالة في كبر محيط الجمجمة مقارنة مع حجم محيط الجمجمة لدى الأطفال العاديين عند الولادة.
  ٥. حالات صغر حجم الدماغ (Microcephaly): تتميز هذه الحالة بصغر حجم الجمجمة وصغر حجم المخ، نتيجة عدم نمو المخ بدرجة كافية فلا يتجاوز محيط الجمجمة (٢٠ ± ٥) سم مقارنة مع حجم محيط الجمجمة للعاديين حيث يكون عند العاديين (٣٣ ± ٥) سم (الروسان، ٢٠١٠، ص. ٤٣ - ٤٤)، (الظاهر، ٢٠١٢).
- تصنيف حالات الإعاقة العقلية حسب متغير نسبة الذكاء:
- ويقصد بذلك تصنيف حالات الإعاقة العقلية حسب قدرتها العقلية وموقعها على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية مثل:
١. الإعاقة العقلية البسيطة: تشكل هذه الفئة ما نسبته (١٠%) من الأطفال المعاقين عقلياً، وتتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة ما بين (٥٥ \_ ٧٠) درجة على اختبارات الذكاء.

## ◆ فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ◆

٢. الإعاقة العقلية المتوسطة: تشكل هذه الفئة ما نسبته (١٠%) من الأطفال المعاقين عقلياً، وتتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة ما بين (٤٠ \_ ٥٥) درجة على اختبارات الذكاء.
٣. الإعاقة العقلية الشديدة: تشكل هذه الفئة ما نسبته (٥%) تقريباً من الأطفال المعاقين عقلياً، وتتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة ما بين (٥٥ \_ ٧٠) درجة على اختبارات الذكاء (الروسان، ٢٠١٠، ص. ٤٦).

### تصنيف حالات الإعاقة العقلية حسب متغير البعد التربوي

ويقصد بذلك تصنيف حالات الإعاقة العقلية حسب قدرتها على التعلم وخاصة المهارات الأكاديمية المدرسية التربوية مثل:

١. حالات القابلين للتعلم Educable Mentally Retarded: تتراوح معاملات ذكاء أفراد هذه الفئة ما بين (٧٠-٥٥) وتقابل هذه الفئة وفق هذا التصنيف حالات الإعاقة العقلية البسيطة، ويتم التركيز في هذه الفئة على البرامج التربوية الفردية. حيث أنهم لا يستطيعوا الاستفادة من البرامج التربوية في المدارس العادية بشكل يماثل الطلبة الأسوياء، ويتضمن محتوى مناهج الأطفال القابلين للتعلم المهارات الاستقلالية، والحركية، واللغوية، والأكاديمية كالقراءة والكتابة والحساب، والمهنية، والاجتماعية (الروسان، ٢٠١٠، ص. ٥٦).
٢. القابلون للتدريب Trainable Mentally Retard: وتتراوح معاملات ذكاء أفراد هذه الفئة ما بين (٥٥-٢٥)، وتتضمن هذه الفئة ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة الذين يعتقد أنهم غير قادرين على تعلم المهارات الأكاديمية، والذي يفترض تزويدهم ببرامج تدريبية خاصة في مجالات المهارات الاستقلالية كالعناية بالذات، والتواصل، والنمو الاجتماعي إضافة إلى مهارات التأهيل المهن (الخطيب، ٢٠١٠، ص. ١٢٣)
٣. الاعتماديون Severely and Profoundly Retarded: هي حالات الإعاقة العقلية الشديدة وهي أكثر مستوياته تدنياً وتدهوراً وتقل معاملات ذكائهم عن (٢٥) وهم عاجزون كلياً حتى عن العناية بأنفسهم أو حمايتهم من الأخطار، لذا يعتمدون اعتماداً كلياً على غيرهم طوال حياتهم ويحتاجون رعاية إيوائية متخصصة في النواحي الطبية والصحية والنفسية والاجتماعية إما داخل مؤسسات خاصة أوفى مراكز علاجية أو في محيط أسرهم (الظاهر، ٢٠١٢، ص. ٧٠)

الخصائص اللغوية للمعاقين عقليا:

يشير كوافحة وعبد العزيز (٢٠١١) إلى أن المعاقين عقليا يعانون من قصورا واضحا في استخدام اللغة والكلام والفهم أي لا يستطيعون استخدام اللغة الصحيحة أو الكلام المتناسق المعنى، وأن أهم ما يميز الكلام واللغة عند الأفراد المعاقين عقليا هو تأخر نمو اللغة حيث يكون لديهم إخراج الأصوات ونطق الكلام واستخدام الجمل والتعبير اللفظي والمشاعر تظهر في عمر متأخر وبمستوى أقل نضجا مقارنة مع أقرانهم العاديين.

ويضيف كوفمان Kuffman (1981) إلى أن درجة شيوع شدة الصعوبات اللغوية عند الأطفال المعوقين عقليا ترتبط بدرجة الإعاقة العقلية، فالمعوقون عقليا بدرجة بسيطة يتأخرون في النطق إلا أنهم يطورون قدرة الكلام لديهم، أما المعوقون إعاقه عقلية بدرجة متوسطة فهم في الغالب يواجهون صعوبة في الكلام وتتصف لغتهم بالنمطية، أما بالنسبة للأطفال شديدي الإعاقة العقلية فيلاحظ نسبة كبيرة منهم عاجزين عن النطق حيث أن نموهم اللغوي لا يتعدى مرحلة إصدار أصوات التي لا تكون مفهومة.

يختلف العاديين عن المعوقين باختلاف درجة النمو اللغوي ومعدله، حيث أن الأطفال المعوقين عقليا أبداً بنموهم مقارنة بنظرائهم من العاديين، وتبين لدراسات أن المشكلات الكلامية أكثر شيوعاً لدى ذوي الإعاقة العقلية وبخاصة مشكلات التهجئة ومشكلات لغوية مختلفة مثل تأخر النمو اللغوي التعبيري والذخيرة اللغوية المحدودة واستخدام القواعد اللغوية بطريقة خاطئة.

وتشير كريمير في عبيد (٢٠٠١) إلى الاستنتاجات التالية فيما يتعلق بتطور النمو اللغوي لدى الأفراد ذوي الإعاقة العقلية أن الأطفال المعوقين عقليا يتطورون ببطء في النمو اللغوي، ويتأخرون في اللغة، مقارنة مع العمر بالنسبة للعاديين، ولديهم ضعف في القدرات المعرفية وذلك مثل ضعف في فترة الذاكرة.

ويعتبر الكشف عن العجز اللغوي والاضطرابات المتعلقة به من الخطوات الأساسية لوضع برنامج تدريبي أو علاجي مناسب، ويتم ذلك من خلال إتباع أسلوب الملاحظة المباشرة للطفل أو باستخدام أحد مقاييس اللغة أو كليهما معاً.

## ◆ فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ◆

يرتبط مدى انتشار المشكلات الكلامية واللغوية وشدة هذه المشكلات بشدة المشكلات الكلامية وأصبحت أكثر انتشاراً، تشبه البنية اللغوية لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البناء اللغوي لدى العاديين، فهي ليست تشوهه، بل هي لغة سوية ولكن بدائية (أسعد، ٢٠٠٥).

### اضطرابات النطق: (Articulation Disorder)

تنتشر اضطرابات النطق بين الصغار والكبار، وهي تحدث في الغالب لدى الصغار في السن نتيجة أخطاء في إخراج أصوات حروف الكلام من مخارجها، وعدم تشكيلها بصورة صحيحة. وتتضمن اضطرابات النطق فشل أو إخفاق الأطفال في النطق لكل أحرف الكلمة، وذلك نتيجة لإبدال بعض الأحرف أو حذف بعضها أو إضافة بعض الحرف إلى الكلمة، أو إبدال الأصوات المتشابهة المخارج أو التحدث في ظل اضطرابات الصوت (الشيخ، ٢٠١١).

هناك عدة تعريفات لاضطرابات النطق، ويشير سالم (٢٠١٤، ص. ١٦٨) إلى أن اضطرابات النطق عبارة عن مشكلة أو صعوبة في إصدار الأصوات اللازمة للكلام بالطريقة الصحيحة ويمكن أن تحدث عيوب النطق في الحروف المتحركة والساكنة.

### مظاهر اضطرابات النطق: (Aspects of Articulation disorders)

وهي مشكلات تتعلق بإنتاج أصوات الكلام أو طريقة نطق الحروف.

١. الإبدال: (Substitution) يتضمن الإبدال نطق صوت بدلا من آخر عند الكلام. وفي كثير من الحالات يكون الصوت غير صحيح مشابهها بدرجة كبيرة للصوت الصحيح، من حيث المكان، وطريقة النطق وخصائص الصوت مثال: (دبنة بدل جبنه) (الشيخ، ٢٠١١، ص. ١٢٤). والإبدال عبارة عن إبدال حرف (السين) بحرف (الشين)، وحرف (الراء) بحرف (الواو)، ويعد حرف السين من أكثر عيوب النطق لإنتشاره بين الأطفال في سن الخامسة والسابعة من العمر (يوسف، ٢٠٠٠).

ويكثر الإبدال بين أزواج الأصوات، من قبيل: س، ث، ل، ر، ق، ظ، ت، د...، وقد يحدث الإبدال نتيجة تحرك نقطة المخرج مثل نطق، د بدل من ج، حيث يتحرك المخرج إلى طرف اللسان بدلا من وسطه، أو نطق حرف أ بدلا من حرف ق، حيث يتحرك المخرج إلى أقصى الحلق بدلا من أقصى اللسان، وقد يتحرك المخرج الى الأمام (وسط اللسان) فينطق الطفل حرف ك بدلا من حرف ق (سالم، ٢٠١٤، ص. ١٧١ - ١٧١).

٢. التشويه أو التحريف (Distortion): يحدث تحريف أو تشويه في مخارج الكلمات والحروف بحيث يبعد الصوت عن مكان النطق الصحيح، ويستخدم طريقة غير سليمة في عملية إخراج التيار الهوائي لإنتاج ذلك الصوت، وهو ينتشر بين الكبار والصغار (شاش، ٢٠٠٧). ويتضمن التحريف نطق أصوات بطريقة تقربه من الصوت العادي بيد أنه لا يماثله تماماً، أي يتضمن بعض الأخطاء، وينتشر التحريف بين الصغار والكبار، وغالبا يظهر في أصوات معينة مثل (س، ش)، حيث ينطق صوت س مصحوبا بصفير طويل، أو ينطق صوت ش من جانب الفم أو الأسنان (الشيخ، ٢٠١١، ص. ١٢٣).

٣. حذف (Omission): يتضمن الحذف نطق كلمة ناقصة حرفاً أو أكثر، وغالبا يتم حذف الحروف الأخيرة من الكلمة، مما يؤدي إلى صعوبة في فهم الطفل، وقد يميل الطفل إلى حذف أصوات أو مقاطع صوتية معينة. وقد أوضحت الدراسات أن الأطفال يميلون إلى حذف بعض الأصوات الساكنة من الكلمات، وذلك لمزيد من تبسيط الكلام، ويعد الحذف اضطرابا شديداً في النطق نظراً لصعوبة فهم كلام الطفل خاصة إذا تكرر الحذف في كلامه، وغالبا يستطيع الوالدين والمقربين من الطفل فهم كلامه نتيجة أفقتهم به (الشيخ، ٢٠١١، ص. ١٢٣). ويكثر الحذف بين الأطفال الذين لديهم إعاقات عقلية بسيطة أو متوسطة، والأطفال سريعى الحديث، والذين يعانون من التوتر النفسي أو اضطرابات بين أفراد الأسرة، وإذا استمر بعد مرحلة الطفولة يكون دليلا على وجود اضطراب في الجهاز العصبي أو عجز في أجهزة النطق (سليمان، ٢٠٠٩، ص. ٤٢).

٤. الإضافة (Addition): يتضمن هذا الاضطراب إضافة صوتاً زائداً إلى الكلمة، وقد يسمع الصوت الواحد وكأنه يتكرر، مثل صباح الخير، سلام عليكم (الشيخ، ٢٠١١، ص. ١٢٤). مما يجعل كلامه غير واضح وغير مفهوم، ومثل هذه الحالات إذا استمرت مع الطفل أدت إلى صعوبة في النطق، ومثال ذلك: سمكة، مروحة... وغيرها أو تكرار مقطع من كلمة، أو أكثر: واوا، دادا (الببلاوي، ٢٠١٣، ص. ١٧٤)، ويعتبر هذا العيب من أقل عيوب النطق انتشاراً خلال مراحل النمو العادي واكتساب مهارات النطق (Anderson, 2005).

### خصائص اضطرابات النطق:

١. تنتشر هذه الاضطرابات بين الأطفال الصغار في مرحلة الطفولة المبكرة.
٢. تختلف الاضطرابات الخاصة بالحروف المختلفة من عمر زمني إلى آخر.
٣. يشيع الإبدال بين الأطفال أكثر من أي اضطرابات أخرى إذا بلغ الطفل السابعة واستمر يعاني من هذه الاضطرابات فهو يحتاج إلى علاج.
٤. تتفاوت اضطرابات النطق في درجتها، أو حدتها من طفل إلى آخر ومن مرحلة عمرية إلى أخرى، ومن موقف إلى آخر.
٥. كلما استمرت اضطرابات النطق مع الطفل رغم تقدمه في السن كلما كانت أكثر رسوخاً وأصعب في العلاج.
٦. يفضل علاج اضطرابات النطق في المرحلة المبكرة، وذلك بتعليم الطفل كيفية نطق أصوات الحروف بطريقة سليمة، وتدريبه على ذلك منذ الصغر.
٧. تحدث اضطرابات الحذف على المستوى الطفل أكثر من عيوب الإبدال أو التحريف.
٨. عند اختبار الطفل ومعرفة إمكانية نطقه لأصوات الحروف بصورة سليمة (سالم، ٢٠١٤، ص. ١٧٤)، (شاش، ٢٠٠٧، ص. ١٠٠-١٠١).

### سمات يتسم بها الأطفال ذوي الإعاقة العقلية عن غيرهم من الأطفال ومنها:

١. بطء في النمو اللغوي بشكل عام.
٢. التأخر في النطق.
٣. التأخر في اكتساب اللغة.
٤. شيوع التأتأة والأخطاء باللفظ.
٥. بطء النطق والكلام ومخارج الأطفال غير واضحة.
٦. استخدام مفردات لغوية بسيطة لا تتناسب مع العمر الزمني لهم (ابو النصر، ٢٠٠٥).

### الشروط الواجب مراعاتها عن تعليم النطق للطفل :

هناك مجموعة من الشروط يجب مراعاتها عند تعليم النطق للأطفال المعاقين عقلياً

وهي:

## د. فوزية عبدالله الجلامدة

١. أن تكون الكلمات أو الجمل مقرونة بالوسائل التعليمية التي تدل على مدلولها ومعناها بصورة واضحة .
٢. أن يراعي تكرار استعمال الكلمات مقرونة بوسائل الإيضاح اللازمة حتى تتم عملية الربط بين الكلمة ومدلولها.
٣. إتاحة الفرصة للطفل لتعلم كلمات مختلفة حول موضوع معين مثل الطيور.. الحيوانات.. الملابس.. ليدرك الطفل معاني الكلمات.
٤. يمكن استغلال هذه التدريبات في إعداد الطفل للقراءة بحيث تكون وسيلة الإيضاح مقرونة ببطاقة مكتوب عليها اسم الشيء نفسه.
٥. توفير وسائل ثقافية في المدرسة لزيادة خبرات الطفل وأفكاره ومساعدته على التعبير عن هذه الأفكار بالنطق (شقيير ١٩٩٩).

### علاج النطق عند المعاقين عقليا:

يتميز الطفل المعاق عقلياً بقصور النواحي اللفظية لديه، ولما كانت اللغة تحتل مكاناً كبيراً في عملية التكيف فإن الطفل المعاق يجد صعوبة في تكيفه الاجتماعي، ولذلك فإن علاج عيوب النطق والكلام وعلاج اللغة لدى المعاقين عقلياً يؤدي بالضرورة إلى زيادة تكيفه النفسي والاجتماعي، ولا تختلف عيوب النطق والكلام عند المعاقين عقلياً عنها لدى الأسوياء في الذكاء، إلا أن نسبة انتشارها بين المعاقين عقلياً أكثر منها عند الأسوياء، وكلما زادت درجة الإعاقة العقلية زادت شدتها .

ولا شك أن البرامج العلاجية لعلاج عيوب النطق والكلام مع المعاقين عقلياً لها دورها، حيث يؤدي علاج النطق إلى التوصل إلى التكيف الاجتماعي للفرد فالمعالج يصحح الكلام ويعطي الطفل فرصة للتفاهم مع غيره والتعبير عن أفكاره ومشاعره وتنمية مفرداته، المفاهيم والكلمات، وبذلك يصل الطفل في النهاية إلى تحسين علاقاته الاجتماعية مع الآخرين، وأهم ما يميز علاج عيوب النطق والكلام، ونمو اللغة هو إمكانية إدماج النشاط اللغوي في المواقف المختلفة التي يتعرض لها الأطفال في الفصول الخاصة أثناء تعليمهم أو تدريبهم.

وهناك ما يعرف بالبروفيل النفسي اللغوي والذي يعطي صورة كاملة عن النطق والكلام والنمو اللغوي عند الطفل، ومن دراسة البروفيل النفسي اللغوي يمكن رسم خطة علاجية

## ◆ فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ◆

لتقوية مواطن الضعف اللغوي عن الطفل. هذا وقد استحدث وصنف (Dann) برنامجاً لغوياً يتكون من (١٨٠) درساً للعناية بكل النواحي اللغوية وتتميتها بطريقة منطقية وتسلسلية، وهذه الدروس تتضمن صوراً للمشاهدة وأحاديث وأسئلة مسجلة وقصص، ويسمى الجهاز باسم جهاز بيبودي لتنمية النواحي اللغوية. (منصور، ١٩٨٢).

### الفروق الفردية بين الأطفال في تطور اللغة:

يمكن حصر الفروق التي تؤثر في اكتساب اللغة في مجموعتين

أ. مصادر شخصية:

١. **النضج البيولوجي:** تعتمد مهارات اللغة إلى حد كبير على النضج البيولوجي حيث تتطلب التطور الملائم لمناطق الدماغ الخاصة بالكلام والتي تتحكم بآليات ربط الأصوات والأفكار وإنتاج الكلام، والطفل الذي تتطور لديه مناطق الدماغ المهمة للكلام واللغة قبل غيره من الأطفال الآخرين فإنه يتفوق عليهم في نموه اللغوي.
٢. **الذكاء:** الأطفال ذوي نسب الذكاء العالية يتفوقون في نموهم اللغوي على الأطفال المماثلين لهم في العمر ولكن الأقل ذكاء.
٣. **الصحة:** الأطفال الذين يتمتعون بصحة جيدة يتفوقون في نموهم اللغوي على الأطفال المماثلين لهم في العمر والضعاف صحياً.
٤. **الرغبة في التواصل:** الطفل الذي تكون رغبته في التواصل مع الآخرين قوية يزداد لديه الدافع لتعلم اللغة بقدر أكبر مما يحدث لدى الطفل الذي لا تتوفر لديه رغبة في التواصل.
٥. **الشخصية:** الطفل الذي يتمتع بشخصية متكيفة يميل للتحدث بشكل أفضل نوعاً وكماً من الطفل الذي لا يتمتع بتكيف نفسي سليم...
٦. **الجنس:** وتشير الدراسات أن البنات أسرع نضجاً من الأولاد إذ يقدر تعظم المراكز العظمية والنمو العصبي لدى الإناث أسرع من الذكور بمدة تتراوح (٣ - ٦) أسابيع، وقد يصل هذا النضج إلى سنتين (الوقفي، ٢٠٠٣) وقد يكون أداء النصف الأيسر من الدماغ هو المسئول عن اللغة أكثر نشاطاً عند البنات منه عند الذكور، فمنطقة بروكا هي التي تلعب دوراً جوهرياً في تشكيل وبناء الكلمات والجمل، إذ هي المركز المسئول عن تنظيم أنماط النطق، ولهذا ولهذه الوظيفية علاقة بقرب هذا المركز من



## د. فوزية عبدالله الجلامدة

منطقة التحكم بعضلات الوجه وال الفك واللسان والحنجرة في القشرة الدماغية، وكذلك هو المسئول عن شكل الأفعال وانتقاء الكلمات الوظيفية (السرطاوي وأبو جودة، ٢٠٠٠). ويشير روبنسون (1991) Robinson الى أن الذكور الأكثر تأثراً بالضعف اللغوي الخاص عن أقرانهم من الإناث، ففي العينات الإكلينيكية تكون نسبة تأثير الجنس بين الذكور إلى الإناث ما يعادل ثلاثة أضعافٍ أو ١:٤ لصالح الذكور، إلا أن سبب هذا الارتباط غير معروف، حيث لا توجد صلة ارتباط للجينات بكروموسومات الجنس .

### ب. المصادر الاجتماعية:

١. إثارة الطفل للكلام: كلما ازدادت إثارة الطفل للكلام ازداد تحسن نموه اللغوي إلى حد كبير بالنسبة للنمو اللغوي للطفل المماثل له في العمر ولا يجد مثل هذه الإثارة.

٢. أساليب المعاملة الاستبدادية: إن معاملة الأطفال بالأسلوب الاستبدادي الذي يفرض عليهم قضاء معظم وقتهم صامتين يحرمهم من الإثارة للكلام وبذلك يعيقهم من اكتساب اللغة على عكس الأطفال الذين يعاملون بالأساليب التي تتيح لهم التعبير عن كل ما يريدون عنه (منصور، ١٩٨٢).

### التدخل المبكر: Early Intervention

أشار الاتحاد الاسباني لجمعيات أخصائيين التدخل المبكر (٢٠٠٥) إلى أن مفهوم التدخل المبكر عبارة عن مجموعة من التدخلات الموجهة للأطفال ممن تتراوح اعمارهم ما بين الميلاد إلى (٦) سنوات، وللأسرة وللمحيط، بهدف الاستجابة في أسرع وقت ممكن للاحتياجات المؤقتة أو الدائمة التي يحتاجها الأطفال ذوو الاضطرابات في النمو أو الذين هم في خطر الإصابة بها، هذه التدخلات التي يجب أن تتعامل مع الطفل ككل، ويجب أن يتم تخطيطه من قبل فريق من الأخصائي في التوجيه المتعدد .

إن الهدف الرئيسي للتدخل المبكر هو أن يتلقى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في نموهم أو من هم في خطر الإصابة به، تدخلاً وفق نموذج يعتبر المظاهر البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية، وكل ما من شأنه انطلاقا من الوقاية والرعاية الاجتماعية، وأن يقوي قدرته على التطور والعيش الرغد ويسمح باندماجه الكلي في الوسط العائلي،

## ◆ فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ◆

والمدرسي، والاجتماعي، ويمكنه الاعتماد على نفسه (الاتحاد الإسباني لجمعيات أخصائيين التدخل المبكر، ٢٠٠٥).

ويرى المتخصصين في ميدان التربية الخاصة أن الاكتشاف المبكر للإعاقة العقلية وسرعة التدخل المبكر لعلاجها وتخفيف آثارها، يعد على جانب كبير من الأهمية لما لهذه الإجراءات من أثر فعال وحاسم في المجالات الصحية والاجتماعية والنفسية والتربوية والمعرفية، حيث يتيح التدخل المبكر الفرصة للتعرف على نوع الإعاقة وأسبابها ودرجتها ومدى إمكانية الوقاية والعلاج أو السيطرة على الحالة، والحد من مضاعفات الإصابة بها وما يؤدي إليه من تفاقم خطير يؤثر دون شك في حياة لطفل المعاق عقليا في المستقبل (صابر، حمدي، وجمال، ٢٠١٠).

### مبررات التدخل المبكر:

هناك العديد من مبررات لتدخل المبكر لما له من أهمية ومنها:

١. إن السنوات الأولى من حياة الأطفال المعوقين الذين لم تقدم لهم برامج تدخل مبكر إنما هي سنوات حرمان وفرص ضائعة وربما تدهور نمائي أيضا.
٢. إن التعلم الإنساني في السنوات المبكرة أسهل وأسرع.
٣. إن والدي الطفل المعوق بحاجة إلى مساعدة في المراحل الأولى من عمر طفلهم.
٤. إن التأخر النمائي قبل سن الخامسة هو مؤشر خطر.
٥. إن النمو نتاج البيئة الوراثية والبيئية أيضا.
٦. إن للتدخل المبكر جهد مثمر وجدوى اقتصادية من ناحية تقليل النفقات.
٧. إن الآباء معلمون لأبنائهم المعوقين وأن المدرسة ليست بديلا عن الأسرة.
٨. إن السنوات الأولى من العمر هي مرحلة النمو الحرجة التي تكون فيها القابلة للنمو والتعلم في ذروتها.
٩. إن مظاهر النمو مرتبطة ببعضها وأي خلل في أي مظهر يؤثر على الآخر.
١٠. التدخل المبكر يجنب الوالدين والطفل من مواجهة صعوبات نفسية وتعليمية هائلة لاحقا (الخطيب، ٢٠١٠، ص. ٢٧ - ٢٨)

مبررات التدخل المبكر في مجال الإعاقة العقلية على نحو خاص: تتواتر الإشارة في مجال التدخل المبكر وفي مجال الإعاقة العقلية تحديداً إلى المبررات التالية:

## د. فوزية عبدالله الجلامدة

١. الطفولة مرحلة من العمر ليست قائمة بذاتها، وليست رحلة إعداد للرشد، وعليه فإن التربية في هذه المرحلة تهتم بالحاضر كما تهتم بالمستقبل.
٢. الطفل بأكمله مهم: صحته الجسمية والعقلية، ومشاعره وتفكيره، ومعتقداته الروحية، كلها جوانب تحتاج إلى تأكيد.
٣. التعلم لا يمكن تجزئته، فكل شيء مرتبط ببعضه ببعض.
٤. للدافعية الداخلية التي تؤدي إلى أنشطة بادرة ذاتية وتوجيه من قبل الطفل أهميتها وقيمتها.
٥. التأكيد على النظام والضبط الذي يمارسه الطفل على سلوكه من تلقاء نفسه.
٦. إن النمو في الطفولة المبكرة وخاصة في المجال المعرفي يكون أسرع، لذلك هناك فترات في مراحل النمو المختلفة يكون فيها الطفل أكثر تقبلاً وقابلية للتعلم.
٧. هناك حياة داخل كل طفل تنمو وتتفتح إذا ما توافرت لها الظروف والشروط المناسبة.
٨. ينظر إلى تربية الطفل في الوقت الحاضر على أنها تفاعل بين الطفل وبيئته وهي تشمل الناس الآخرين والمعرفة نفسها (يحيى وعبيد، ٢٠٠٥، ص. ٥٨-٥٩) (عبد المنعم، ٢٠٠٨) (صابر، وحدي، وبهاء، ٢٠١٠).

### دراسات سابقة:

يتناول هذا الجزء الدراسات السابقة ذات الصلة بالموضوع وقد تم تصنيفها إلى قسمين على النحو التالي:  
الدراسات العربية:

تم ترتيبها من الأحدث إلى الأقدم كالتالي:

#### ١. دراسة البطاينة (٢٠١٢):

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر البرنامج التدريبي للتدخل المبكر في علاج اضطرابات النطق لذوي الإعاقة العقلية البسيطة في الأردن، تكونت عينة الدراسة من (٢٠) طفلاً وطفلة، تتراوح أعمارهم بين (٥ - ٨) سنوات، قسم أفراد الدراسة إلى (١٠) ضابطة و(١٠) تجريبية في كل مجموعة (٥) ذكور و(٥) إناث، استخدم الباحث برنامجاً تدريبي، ومقياس للكشف عن اضطرابات النطق. أشارت النتائج إلى وجود

## ◆ فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ◆

فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين أطفال لمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية لصالح المجموعة التجريبية تعزى إلى تطبيق البرنامج التدريبي، كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في فاعلية البرنامج التدريبي بين أفراد المجموعة إحصائية عند مستوى الدلالة التجريبية تعزى إلى متغير الجنس (ذكر، أنثى).

٢. دراسة هويدي (٢٠٠٩):

هدفت الدراسة إلى تطوير برنامج لغوي بمشاركة الأهل لتنمية المهارات اللغوية (الاستقبلية والتعبيرية) للأطفال المعاقين إعاقة عقلية بسيطة ومتوسطة، واختبار فاعلية هذا البرنامج. تكونت عينة الدراسة من (٢٠) طفلاً وطفلة ممن يراجعون عيادة التخاطب في المركز الوطني للسمعيات التابع لوزارة الصحة في مدينة عمان لتلقي خدمات التدريب النطقي واللغوي، وتم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وتم تطبيق مقياس المهارات اللغوية على أفراد المجموعتين، ثم تم تطبيق البرنامج على أفراد المجموعة التجريبية، أما المجموعة للضابطة فتلقّت البرنامج التقليدي في المركز، وقد أشارت النتائج إلى فروق إحصائية في المهارات اللغوية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية تعزى لتطبيق البرنامج.

٣. دراسة النعيمي (٢٠٠٨):

هدفت الدراسة إلى تقييم برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين عقلياً في دولة الإمارات العربية المتحدة من وجهة نظر المعلمين والأمهات، وقد تكونت عينة الدراسة من (١١٢) فرداً منهم (٧١) أمّاً و(٤١) معلماً في ستة مراكز للتدخل المبكر في العام (٢٠٠٧/٢٠٠٨)، تم إعداد استبانته مكونة من (٤٩) فقرة تقيس خمسة أبعاد هي (تدريب الأهل، والبرامج التعليمية، وتعديل السلوك، والقياس والتقويم، والبرامج الترويحية، والخدمات المساندة)، حيث أظهرت النتائج إلى أن البعد الأول والخاص بتدريب الأهل حصل على أعلى متوسط حسابي من وجهة نظر الأمهات، وكانت أدنى درجة على البعد الثالث الخاص بتعديل السلوك، أما من وجهة نظر المعلمين فكان البعد الأول والخاص بتدريب الأهل حصل على أعلى متوسط، وكانت أدنى درجة على

البعد الثالث الخاص بتعديل السلوك، كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين عقليا البسيطة، وكذلك عدم وجود فروق في تقييم برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين عقليا من وجهة نظر الأمهات تعزى إلى جنس المعاق.

٤. دراسة مطر دراسة (٢٠٠٦):

جاءت الدراسة بعنوان معرفة مدى فاعلية إرشاد أمهات الأطفال المعاقين عقليا في علاج اضطرابات النطق لدى أطفالهن من خلال برنامج إرشادي مقدم لهن إلى جانب حضورهن جلسات التدريب لأطفالهن مع الباحث، ومتابعة تدريب أطفالهن في المنزل، في مقابل تدريب عينة أخرى من هؤلاء الأطفال على النطق دون إرشاد أمهاتهم، في الحد من اضطرابات النطق لدى هؤلاء الأطفال، تكونت عينة الدراسة من (٢٤) طفل من المعاقين عقليا ذوي الإعاقة البسيطة من مدرسة التربية الفكرية بالزقازيق في مصر، وتراوحت أعمارهم بين (٨ - ١٣) سنة، ثم تم تطبيق مقياس ستانفورد - بينيه للذكاء، ومقياس تقييم النطق، والبرنامج التدريبي للأطفال، والبرنامج الإرشادي للأمهات. أشارت النتائج إلى فعالية البرنامج في زيادة كفاءة النطق لدى الأطفال المعاقين عقليا في المجموعتين التجريبتين الأولى والثانية مقارنة بالمجموعة الضابطة بعد التطبيق، ووجود فروق دالة إحصائية في كفاءة النطق في المجموعة الأولى (الإرشاد والتدريب)، والمجموعة التجريبية الثانية (التدريب فقط) بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية الثانية مما يعني أن إرشاد الأمهات قد أدى إلى زيادة فاعلية البرنامج.

الدراسات الأجنبية:

١. دراسة شين (Chin, 2010)

دراسة بعنوان "أثر برنامج تدريبي على مهارات الكلام وتميز الكلمات". هدف الدراسة إلى الكشف عن أثر برنامج تدخل مبكر في تحسين مهارات الحديث لدى عينة من الأطفال المعاقين، وقد تكونت عينة الدراسة من (٢٥) طفلا من أطفال الإعاقات الجسدية المختلفة، واستخدمت الدراسة الملاحظة الميدانية في عملية جمع البيانات، وقد تم اختيار عينة الدراسة من مجموعة من مراكز التدخل المبكر في مدينة هونج الصينية، كما أشارت الدراسة إلى

## ◆◆ فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ◆◆

وجود أثر دال إحصائياً لبرنامج تحسين مهارات الكلام لدى الطلاب المعاقين من مختلف أنواع الإعاقات، كما أشارت نتائج الدراسة أن هناك برنامج التدخل كان قادراً على تحسين مهارات التحدث لدى طلاب الإعاقات العقلية والبسيطة والمتوسطة.

### ٢. دراسة كوميرير (Kummerer, 2010):

دراسة بعنوان برنامج تدريبي لأطفال الإعاقات العقلية من أصول إسبانية، هدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر استخدام برنامج تدخل مبكر على تحسين قدرة الكلام لدى أطفال الإعاقات العقلية من أصول إسبانية. تكونت عينة الدراسة من (٣٦) طفلاً من أطفال الإعاقات العقلية البسيطة والمتوسطة الذين تم اختيارهم عشوائياً من مركز التدخل المبكر في مدينة فيفاس الأمريكية. وقد استخدمت الدراسة الملاحظة في عملية جمع البيانات. أشارت نتائج الدراسة إلى أن (١٥%) من أطفال الإعاقة العقلية البسيطة والمتوسطة من أصول إسبانية تعاونون من ضعف في الكلام، كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن برنامج التدخل المبكر لمعالجة ضعف الكلام لدى الأطفال حسن من قدرة الأطفال على التحدث واللفظ، كما أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق في الجنس في مستوى برنامج التدخل المبكر على المخرجات العلاجية.

### ٣. دراسة بيهل وهوستن (Behl & Houston 2010):

جاءت دراسة بعنوان استخدام برنامج التدخل المبكر، وأثرها على قدرة الكلام لدى الأطفال المعاقين. هدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر استخدام برنامج التدخل المبكر قائم على تحسين قدرات الحديث لدى طلاب الإعاقة السمعية والعقلية البسيطة، وتكونت عينة الدراسة من (١٣) طفلاً إضافة إلى أسرهم تم اختيارهم من مجموعة من مراكز التدخل المبكر للأطفال المعاقين في مدينة فيلادلفيا الأمريكية، كما استخدمت الدراسة الملاحظة والمقابلة مع الآباء في عملية جمع البيانات، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن برامج التدخل المبكر المقدمة لتحسين القدرة الكلامية لدى الأطفال المعاقين قادرة على تحسين قدرة الطفل المعاق على الكلام، كما أشارت نتائج الدراسة إلى أنه كلما كان عمر الطفل أصغر حين يشارك في برامج التدخل المبكر، كلما زاد المخرجات العلاجية الإيجابية الناتجة عن المشاركة في برامج التدخل المبكر.

٤. دراسة مير ومونتجومري (Mire & Montgomery, 2009):

جاءت الدراسة بعنوان "التدخل المبكر لأطفال اضطراب السمع والنطق". هدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر برنامج التدخل المبكر يستند على تقييم النطق في مراحل مبكرة من حياة الطفل المعاق على تحسين قدرات الأطفال المعاقين سمعياً وعقلياً اللفظية، تكونت عينة الدراسة من (٢١) طفلاً من أطفال الإعاقة السمعية والإعاقة العقلية تم اختيارهم من مجموعة من مراكز التربية الخاصة في مدينة بوسطن الأمريكية، استخدمت الدراسة الملاحظة وسجلات المدرسين المشاركين في هذا البرنامج في عملية جمع البيانات، وقد أشارت نتائج الدراسة أن هناك أثراً لبرنامج التدخل المبكر القائم على تدريب النطق على تحسين القدرات اللفظية لدى أطفال الإعاقات العقلية والسمعية، كما أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق تعزى إلى الجنس في أثر برنامج التدخل المبكر على تحسين المهارات اللفظية لدى المعاقين، كما أشارت الدراسة أن هناك أثراً يعزى إلى العمر في مستوى أثر برنامج التدخل المبكر على القدرات اللفظية لدى الأطفال المشاركين.

٥. دراسة سميث وهولاند (Smith & Holland, 2009):

جاءت الدراسة بعنوان "اتخاذ القرارات حول إيصال خدمة برامج التدخل المبكر إلى الأطفال". هدف الدراسة إلى الكشف عن ضرورة تقديم خدمات تدخل مبكر للأطفال الإعاقات العقلية والبسيطة والمتوسطة، وقد تكونت عينة الدراسة من (٣٣) أخصائياً من أخصائيي برامج التدخل المبكر في مجال الطفولة وبرامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال الإعاقة العقلية البسيطة والمتوسطة، وقد استخدمت الدراسة الإستبانة والمقابلة في عملية جمع البيانات، كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأخصائيين المشاركين يرون أن تقديم برامج التدخل المبكر الخاصة بمعالج النطق لدى الأطفال المعاقين عقلياً فاعلة في تحسين مهارات النطق لدى هذه الفئة من الأطفال، كما أشارت نتائج هذه الدراسة أن استخدام طرق الإيصال الفاعلة لبرامج التدخل المبكر تؤثر إيجابياً في المخرجات العلاجية الناتجة عن استخدام هذه البرامج.

٦. دراسة هانسون (Hanson, 2002):

جاءت الدراسة هدفت إلى قياس أثر فاعلية برنامج تدريبي لعلاج اضطرابات النطق، حيث قام بتصميم برنامج تدريبي يعتمد على تجزئة الكلمة إلى مقاطع ثم العمل على ربطها بجملة من واقع الطفل وانعكاساته على تطوير النطق السليم للطفل ومقارنة هذا البرنامج ببرنامج آخر يعتمد على إعطاء الطفل كلمة واحدة لعلاج اضطرابات النطق، وقد تكونت عينة الدراسة من (٤٨) طفلاً من الأطفال المصنفين على أن لديهم اضطرابات في النطق، ثم قام الباحث بتقسيمهم إلى مجموعتين تجريبيتين ومجموعة ضابطة، حيث تكونت المجموعتان من (٣٣) طفلاً، احتوت المجموعة التجريبية الأولى على (١٦) طفلاً والمجموعة التجريبية الثانية على (١٧) طفلاً وتكونت المجموعة الضابطة من (١٥) طفلاً، وقام الباحث بتعريض أفراد المجموعة التجريبية الأولى إلى برنامج التجزئة والتركيب وتعريض أفراد المجموعة التجريبية الثانية إلى برنامج إعطاء الكلمة كوحدة لعلاج اضطرابات النطق، أما أفراد المجموعة الضابطة فلم يتلقوا أية تدريبات، وقد توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التدريبية الأولى والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية الأولى والتي تلقت تدريباً على التجزئة ثم العمل على ربطها بجملة من واقع الطفل، كذلك وجود ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية الثانية والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية الثانية، والتي تلقت تدريباً على إعطاء الكلمة كوحدة واحدة، إضافة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التدريبية الأولى والمجموعة التجريبية الثانية تعزى إلى استخدام أسلوب التجزئة والتركيب، وأوضحت هذه الدراسة أن أسلوب تدريب الطفل الذي يعاني من اضطرابات في النطق تجزئة الكلمة إلى مقاطع ثم العمل على ربطها بجملة من واقع الطفل يعكس ويساعد على تطوير النطق السليم للطفل مما يساعده على الطلاقة في التعبير.

٧. دراسة ايكرز (Ekars, 2002):

هدفت دراسة الى التعرف على أثر الجنس في معالجة الإضطرابات الصوتية والنطقية، تكونت عينة الدراسة من (٤٠) طفلاً من أطفال مرحلة رياض الأطفال، وقام الباحث بتقسيم العينة الى مجموعتين تجريبية وضابطة، في كل مجموعة (٢٠) طفلاً، وتم توزيع الذكور والإناث بالتساوي على المجموعتين، ثم قام الباحث بتطبيق برنامج علاجي لعلاج



## د. فوزية عبدالله الجلامدة

الإضطرابات الصوتية والنطقية على المجموعة التجريبية، أظهرت نتائج الدراسة الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية تعزى الى تطبيق البرنامج العلاجي، كما توصلت الدراسة الى وجود أثر ذي دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في المجموعة التجريبية تعزى الى متغير الجنس لصالح الإناث.

### ٨. دراسة تايلور وساندوفال (Taylor & Sandoval, 1994):

بعنوان (أثر الجنس في علاج الاضطرابات الصوتية والنطقية) وقد تكونت عينة الدراسة من (٥٠) طفلاً حيث تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة وتكونت كل مجموعة من (٢٥) طفلاً من الذكور والإناث وتم تعريض أفراد المجموعة التجريبية والضابطة إلى اختبار لتحديد اضطرابات النطق التي يعاني منها هؤلاء الأطفال، ثم قام الباحث بتعريض أفراد المجموعة التجريبية إلى برنامج لعلاج اضطرابات النطق، وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية تعزى إلى استخدام البرنامج العلاجي، كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في المجموعة التجريبية تعزى إلى الجنس.

### التعقيب على الدراسات:

١. معظم الدراسات السابقة استخدمت برامج تدريبية وإرشادية في علاج اضطرابات النطق.
٢. تتفق الدراسة الحالية مع معظم الدراسات السابقة على أهمية التدخل المبكر في علاج اضطرابات النطق للأطفال المعاقين عقلياً مثل (دراسة البطاينة، ٢٠١٢)، دراسة شين (Chin, 2010)، سميث وهولاند (Smith & Holland, 2009)، مير ومونتجيري (Mire & Montgomery, 2009)، بيهل وهوستن (Behl & Houston 2010)
٣. تمت الاستفادة من الدراسات السابقة في إعداد أدوات الدراسة الحالية، وتشمل مقياس الكشف عن اضطرابات النطق للأطفال ذوي الإعاقة العقلية، والبرنامج التدريبي من خلال الاطلاع على الأطر النظرية، كذلك الاستفادة من الدراسات السابقة في منهجية الدراسة، ومناقشة النتائج.
٤. ركزت بعض الدراسات السابقة على الإعاقة العقلية المتوسطة وأخرى على الأطفال العاديين الذين يعانون من اضطرابات النطق، وأخرى ركزت على الاضطرابات اللغوية.

## ◆◆ فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ◆◆

٥. تراوحت أعمار الأطفال في بعض الدراسات من عمر (٥ الى ١٣) سنة، كذلك اختلاف حجم عينة الدراسة تراوحت ما بين (١٣ الى ١١٢) فرد.
٦. تميزت هذه الدراسة بأنها الدراسة الأولى بحدود علم الباحثة في المملكة العربية السعودية بشكل عام وجامعة القصيم بشكل خاص التي اهتمت بتطبيق برنامج تدريبي في التدخل المبكر للعلاج اضطرابات النطق لذوي الإعاقة العقلية البسيطة.

### إجراءات الدراسة:

اعتمدت الدراسة على استخدام المنهج شبه التجريبي، حيث تم تقسيم العينة إلى مجموعتين (ضابطة، وتجريبية)، ثم طبق البرنامج التدريبي المقترح على أفراد المجموعة التجريبية فقط، وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج التدريبي، تم التطبيق البعدي لمقياس الكشف عن اضطراب النطق للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة على أفراد المجموعتين (التجريبية والضابطة) وذلك لمعرفة أثر البرنامج التدريبي المقترح على أفراد العينة التجريبية. **مجتمع وعينة الدراسة:** الأطفال المعاقين إعاقة عقلية بسيطة في جمعية عزيزة الخيرية، عينة الدراسة وقد تكونت من (٢٠) طفل من الأطفال المعاقين إعاقة عقلية بسيطة من الذكور والإناث، والذين تتراوح أعمارهم ما بين (٤ - ٨) سنوات، والذين يعانون من اضطرابات النطق، والمتحقين بمركز الطفولة والتدخل المبكر بجمعية عزيزة للخدمات الإنسانية للعام الجامعي (١٤٣٦ / ١٤٣٧) هـ.

### خصائص عينة الدراسة:

١. أن يكون العمر الزمني للطفل المعاق عقليا ما بين (٤ - ٨) سنوات.
٢. أن يكون لدى الطفل إعاقة عقلية بسيطة، ومشخص رسميا بأنه معاق إعاقة عقلية بسيطة، ومرفقا بتقرير من جهة تشخيص رسمية.
٣. أن تتراوح نسبة الذكاء ما بين (٥٥ - ٧٥) درجة على اختبارات الذكاء حسب جهة التشخيص المعترف بها مثل (مركز التشخيص والكشف المبكر بمجمع الجفالي بجمعية عزيزة للخدمات الإنسانية بالقصيم).
٤. ألا يعاني الطفل قيد الدراسة من أمراض صحية تؤثر على استجابته أو إعاقة سمعية، أو بصرية، وتم التأكد من خلال التقارير المرفقة بملف الطفل.

## د. فوزية عبدالله الجلامدة

٥. أن يكون الطفل قيد الدراسة لدية اضطرابات في النطق (الإبدال، الحذف، التشويه، الإضافة) من خلال النتائج التي يحصل عليها على مقياس الكشف عن اضطرابات النطق للأطفال ذوي الإعاقة العقلية.

### خطوات اختيار أفراد الدراسة:

١. تم حصر جميع الأطفال المعاقين إعاقة عقلية بسيطة والذين يعانون من اضطرابات النطق في مركز الجفالي/ جمعية عنيزة والذي تكون من (٤٠) طفلاً وطفلة من ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.
٢. تطبيق شروط اختبار أفراد الدراسة، ومن ثم تطبيق مقياس الكشف عن اضطرابات النطق للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة في الفترة ما بين (٢١/٤/١٤٣٧ - ٥/٥/١٤٣٧) وفي ضوء ذلك تم استبعاد (١٥) طفلاً وطفلة لعدم انتمائهم إلى الفئة العمرية المحددة للدراسة، رفض خمسة من أولياء الأمور إخضاع أطفالهم للبرنامج وفي ضوء ذلك أصبح العدد النهائي لأفراد عينة الدراسة (٢٠) طفلاً وطفلة من ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، ومن ذوي الفئة العمرية ما بين (٤-٨) سنوات.
٣. تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة) وتكونت كل مجموعة من (١٠) أطفال من ذوي الإعاقة العقلية البسيطة (٥ ذكور ٥ إناث).
٤. تم التأكد من تكافؤ المجموعات (التجريبية والضابطة) من خلال استخراج المتوسطات الحسابية لدرجة الاضطراب في النطق على القياس القبلي تبعاً للمجموعة ومتغير جنس الطفل المعاق عقلياً، وقد استخدم الباحثة لاختبار التجانس بين المجموعتين التجريبية والضابطة اختبار مان ويتني (U)، واختبار (Z) للمجموعات المستقلة:

### جدول (١)

قيم (U، W، Z) ودالاتها للفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة لدرجة

الاضطراب في النطق على القياس القبلي

المجموعة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	U	Z	مستوى الدلالة
الضابطة	١٠	٣٩.١٥	٤.٢٧	١١	-٠.٣٢٧	غير دالة
التجريبية	١٠	٤١.٠٥	٤.١٤			

\* غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha \geq 0.05$ )

## ◆ فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ◆

ويشير جدول رقم (١) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \geq 0.05$ ) في درجة الاضطرابات النسبية في النطق على القياس القبلي تبعاً للمجموعة جنس الطفل المعاق عقلياً، وبالتالي وجود تكافؤ بين المجموعتين في القياس القبلي.  
أدوات الدراسة:

### أولاً: مقياس الكشف عن اضطرابات النطق للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة:

قامت الباحثة ببناء مقياس للكشف عن اضطرابات النطق للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة وذلك لاستخدامه كأداة للكشف عن اضطرابات النطق لأفراد الدراسة، حيث تضمن المقياس على تسع فقرات موزعة حسب مكان خروج الصوت اللغوي، وتحتوي كل فقرة على مجموعة من الكلمات تمثل الأصوات اللغوية في بداية الكلمة وفي وسطها وفي نهايتها، إضافة إلى خمسة خانوات تمثل كل خانة نوع اضطراب النطق (الإبدال، الحذف، التشويه، الإضافة، الصوت اللغوي غير المنطوق) وتحتوي كل فقرة على مجموعة من الصور تمثل هذه الكلمات، وتم اختيار هذه الصور بحيث تتناسب وبيئة الطفل، وكذلك تم اختيار الصور المألوفة والمتداولة بين هؤلاء الأطفال.

### إعداد الصورة الأولية للمقياس:

تم الرجوع إلى المراجع النظرية ذات العلاقة بالنطق، وبعض المقاييس مثل:

١. اختبار فلوهارتي لمسح النطق واللغة في مرحلة ما قبل المدرسة:

Fluharty Preschool Speech & Language Screening Test – Second

Edition (Fluharty, 2000)، ولمسح الفونولوجي السريع (Quick Screen of

Phonology(QSP) ( Bankson &Berntal,1990) (حمدان وعميرة، ٢٠٠٩)

٢. استمارة عبد العزيز الشخص: لدراسة حالات اضطرابات النطق والكلام وهي استمارة شاملة للأصوات اللغوية كاملة حيث يحتوي كل صوت على ثلاث كلمات في بداية الكلمة وفي وسطها وفي نهايتها إضافة إلى ورقة تسجيل خاصة بنتائج تقييم النطق، كما أن الاستمارة تحتوي على مجموعة من الصور تمثل هذه الأصوات اللغوية في بداية الكلمة وفي وسطها وفي نهايتها (الشخص، ١٩٩٧).

٣. ومقياس النطق المصور للجمعية الخيرية لرعاية وتأهيل المعاقين ببريدة، وهو مقياس شامل لدراسة حالات اضطرابات النطق، حيث يتكون من جميع الأصوات اللغوية

## د. فوزية عبدالله الجلامدة

كاملة، حيث يحتوي كل صوت على ثلاث كلمات في بداية الكلمة وفي وسطها وفي نهايتها إضافة إلى ورقة تسجيل خاصة بنتائج تقييم النطق، كما أن المقياس يحتوي على مجموعة من الصور تمثل هذه الأصوات اللغوية في بداية الكلمة وفي وسطها وفي نهايتها (الجمعية الخيرية لرعاية وتأهيل المعاقين ببيدة (WWW.burdisa.com)). والدراسات السابقة مثل البطاينة (٢٠١٢) وغيرها.

الأسس التي تم اعتمادها في اختيار فقرات المقياس:

- تم اختيار كلمات متداولة ومألوفة لأفراد الدراسة لقياس الصوت اللغوي في بداية الكلمة ووسطها ونهايتها.
- الابتعاد عن استخدام كلمات لا تعبر عن ثقافة الطفل في المجتمع السعودي.
- اختيار الصور التي تغطي مجال اهتمام وخبرة الطفل من الناحية اللغوية.
- تم الإبتعاد عن الكلمات التي يوجد بها تعقيد لفظي والتي لا تناسب القدرة المعرفية لأفراد الدراسة.
- اختيار صور تعبر عن المحور العام المستهدف بالمقياس.
- وفي ضوء ذلك تم إعداد الصورة الأولية للمقياس مكونة من (٩) فقرات موزعة حسب مكان خروج الصوت اللغوي وهي:

الفقرة الأولى: الأصوات اللغوية التي تخرج من الشفتين وهي: (ب، م، و).

الفقرة الثانية: الأصوات اللغوية التي تخرج من بين الثنايا وطرف اللسان وهي: (ف).

الفقرة الثالثة: الأصوات اللغوية التي تخرج من بين الثنايا وطرف اللسان وهي: (ث، ذ، ظ).

الفقرة الرابعة: الأصوات اللغوية التي تخرج من خلف اللثة وطرف اللسان وهي: (ت، ص،

ط، ز، د، ض، ل، س، ن، ر).

الفقرة الخامسة: الأصوات اللغوية التي تنطق عند التقاء وسط اللسان بوسط سقف الحلق

الصلب وهي: (ج، ش، ي).

الفقرة السادسة: الأصوات اللغوية التي تخرج ما بين الحلق ومؤخرة اللسان وهي: (ك).

الفقرة السابعة: الأصوات اللغوية المزمارية التي تخرج من أقصى سقف الحلق والمنطقة

التي تلي الحنجرة مباشرة وهي: (أ، ه).

## ◆ فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ◆

الفقرة الثامنة: الأصوات اللغوية الحنكية التي تخرج من وسط الحلق وفيها تلتقي مؤخرة اللسان لتتلاقى جزء من البلعوم وهي: (ع، ح).

الفقرة التاسعة: الأصوات اللغوية الهائية التي تخرج من أدنى الحلق وهي: (خ، غ، ق) وتحتوي كل فقرة على مجموعة من الكلمات تمثل الأصوات اللغوية في بداية الكلمة وفي وسطها وفي نهايتها، كما تحتوي كل فقرة على مجموعة من الصور تمثل هذه الكلمات، الصورة الأولية للمقياس.

### صدق المقياس:

تم عرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من المحكمين بلغ قوامها (١٠) من أعضاء هيئة التدريس في الجامعات في مجال التربية الخاصة، ومن المختصين في معالجة النطق، وذلك بهدف التحقق من مدى ملائمة فقرات المقياس ومدى ملائمة المقياس لتحقيق غرض الدراسة.

وقد أوصت لجنة المحكمين بإجراء بعض التعديلات التالية على الصورة الأولية للمقياس:

تم تغيير بعض الكلمات التي لا تلائم البيئة السعودية، وفي ضوء ذلك تم تعديل فقرات المقياس ليصبح بصورته النهائية لمقياس الكشف عن اضطرابات النطق للأطفال ذوي الإعاقة العقلية.

### معاملات تمييز وصعوبة فقرات الاختبار القبلي

تم تحليل إجابات ذوي الإعاقة العقلية بعد تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين حسب علاماتهم، هما المجموعة العليا والمجموعة الدنيا، ثم استخرج معامل التمييز والصعوبة للفقرات، كما في الجدول (٣):

## د. فوزية عبدالله الجلامدة

### جدول (٢)

معاملات التمييز والصعوبة في القياس القبلي لفقرات مقياس الكشف عن اضطرابات النطق  
للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة

معامل الصعوبة	معامل التمييز	الأصوات	الفقرة
0.59	0.72	الأصوات اللغوية التي تخرج من الشفتين وهي: (ب، م، و)	الفقرة الأولى
0.62	0.63	الأصوات اللغوية التي تخرج من بين الثنايا وطرف اللسان وهي: (ف)	الفقرة الثانية
0.65	0.82	الأصوات اللغوية التي تخرج من بين الثنايا وطرف اللسان وهي: (ث، ذ، ظ)	الفقرة الثالثة
0.44	0.54	الأصوات اللغوية التي تخرج من خلف اللثة وطرف اللسان وهي: (ت، ص، ط، ز، د، ض، ل، س، ن، ر)	الفقرة الرابعة
0.61	0.53	الأصوات اللغوية التي تنطق عند التقاء وسط اللسان بوسط سقف الحلق الصلب وهي: (ج، ش، ي)	الفقرة الخامسة
0.46	0.69	الأصوات اللغوية التي تخرج ما بين الحلق ومؤخرة اللسان وهي: (ك)	الفقرة السادسة
0.64	0.8	الأصوات اللغوية المزمارية التي تخرج من أقصى سقف الحلق والمنطقة التي تلي الحنجرة مباشرة وهي: (أ، هـ)	الفقرة السابعة
0.56	0.74	الأصوات اللغوية الحنكية التي تخرج من وسط الحلق وفيها تلتقي مؤخرة اللسان لتتلاقى جزء من البلعوم وهي: (ع، ح)	الفقرة الثامنة
0.49	0.77	الأصوات اللغوية الهائية التي تخرج من أدنى الحلق وهي: (خ، غ، ق)	الفقرة التاسعة

يتضح من خلال الجدول (٢) أن معاملات الصعوبة لفقرات مقياس التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق تراوحت بين (٠.٤٤ و ٠.٦٥) ومعاملات التمييز بين (٠.٥٤ و ٠.٨٢)، وتعد هذه القيم مقبولة وفقاً لمعايير ايبيل (Ebel) (النبهان، ٢٠٠٤)، وقد تم اعتماد جميع الفقرات، مما يدل على مناسبة الفقرات لتطبيق مقياس التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق في القياس القبلي.

#### ثبات المقياس:

للتأكد من أداة الدراسة تم التأكد من ثباتها باستخدام معادلة كودر رينشاردسون (٢٠) فقد بلغ معامل الثبات (٠.٨٦) وهذا مؤشر دال أن الأداة تتسم بثبات مرتفع نسبيا وهي قيمة مقبولة لأغراض مثل هذه الدراسة.

#### إجراءات تطبيق المقياس:

١. تم بتطبيق المقياس على عينة الدراسة بشكل فردي ومن خلال الخطوات التالية:  
١. تم تعبئة معلومات عامة عن الطفل توضح فيه اسم الطفل وتاريخ ميلاده ودرجة الإعاقة العقلية واسم المركز وتاريخ الالتحاق بالمركز.
٢. تم شرح طريقة تطبيق المقياس مثال: سوف أعرض عليك الصورة التالية وأريد أن تسمي الشيء الذي تشاهده في الصورة.
٣. بعد ذلك تم عرض الصور حسب فقرات المقياس والأصوات اللغوية حيث أن كل صوت لغوي يحتوي على ثلاث صور تمثل الصوت اللغوي في بداية الكلمة وفي وسطها وفي نهايتها، ويطلب من الطفل أن يسمي الشيء الذي يشاهده في الصورة.
٤. إفهام الطفل بأن يركز في الصور المعروضة عليه قبل الإجابة على الأسئلة.
٥. بعد ذلك تم رصد كل إجابة للطفل في الخانات المخصصة لأنواع اضطرابات النطق (الإبدال، الحذف، التشويه، الإضافة، الصوت اللغوي غير المنطوق) هذا في حال لم يسم الطفل الصوت اللغوي المستهدف بشكل سليم، أما إذا سمى الصوت اللغوي المستهدف بشكل سليم يتم الانتقال إلى الذي يليه.
٦. لقد روعي بان تكون الكلمات التي تحتويها فقرات المقياس بسيطة ومألوفة في حياة الطفل.
٧. تعزيز الطفل اللفظي في كل مرة يسمي فيها الصورة بشكل صحيح.
٨. إعطاء الطفل الوقت الكافي لتسمية الشيء الذي في الصورة، ثم الانتقال إلى الصوت اللغوي الذي يليه.



طريقة تصحيح المقياس:

صُحح المقياس من خلال عرض صور المقياس على الطفل والتي يبلغ عددها (٨٤) موزعة على الأصوات اللغوية حيث أن كل صوت لغوي يحتوي على ثلاث صور تمثل الصوت اللغوي في بداية الكلمة وفي وسطها وفي نهايتها، ثم تم عرض الصورة على الطفل وطلب منه تسمية الذي يشاهده في الصورة.

في الكلمات التي أخطأ الطفل في تسمية الصوت اللغوي المستهدف الموجود في بداية الكلمة ووسطها ونهايتها والتمثلة في الصور المعروضة تم رصد الاستجابة الخطأ للصوت اللغوي المستهدف بوضع إشارة (X) في الخانة المناسبة من الخانات التي تمثل نوع اضطراب النطق (الإبدال، الحذف، التشويه، الإضافة، الصوت اللغوي غير المنطوق)، أما الصور التي لم يتمكن الطفل من التعرف عليها طلب من الطفل أن يعيد ما سمعه من المدربة مع تغطية حركة الفم حتى لا يشاهد الطفل طريقة نطق الكلمة التي تمثل الصوت اللغوي المستهدف، ثم بعد ذلك تم حساب عدد الكلمات التي ظهر فيها (إبدال وحذف وتشويه وإضافة) وتقسيما على العدد الكلي للكلمات وعددها (٨٤) كلمة ثم ضربها بـ (١٠٠) لاستخراج نسبة اضطرابات النطق ويمثل ذلك إحصائيا كما يلي:

$$\text{نسبة اضطرابات النطق} = \frac{\text{عدد مرات الإبدال} + \text{عدد مرات الحذف} + \text{عدد مرات التشويه} + \text{عدد مرات الإضافة}}{100} \times 100$$

عدد الكلمات المنطوقة الصحيحة وغير الصحيحة

وتوزع النسبة كما يلي: من (٧٥-١٠٠) شديدة جداً، من (٥٠-٧٥) شديدة، من (٢٥-٥٠) متوسطة، أقل من ٢٥% خفيفة (الجادري، وقنديلي، وبنى هاني، وأبو زينة، ٢٠٠٦).

الفترة الزمنية لتطبيق المقياس:

- يستغرق تطبيق المقياس على الطفل ما بين (٢٥-٤٥) دقيقة.

ثانياً: برنامج تدريبي لعلاج اضطرابات النطق للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة:

الهدف العام من البرنامج: الهدف العام من البرنامج التدريبي هو التأكد من فاعلية برنامج تدريبي للتدخل المبكر في علاج اضطرابات النطق للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.

## ◆◆ فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ◆◆

الأهداف الفرعية للبرنامج: تتلخص الأهداف الفرعية للبرنامج التدريبي بالنقاط التالية:

١. التأكيد على دور أهل الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة والذين يعانون من اضطرابات في النطق على متابعة الجلسات التدريبية والعلاجية في المنزل من خلال ورقة ترفق مع الطفل بعد كل جلسة في البرنامج التدريبي بهدف تطوير قدرات أبناءهم على النطق السليم.
٢. مساعدة أهل الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة على فهم وإدراك اضطرابات النطق وأنواعها وأهمية التدخل المبكر لعلاج هذه الاضطرابات.
٣. تحسين قدرة الأطفال على تحسين وتطوير جوانب اللغة لديهم، وما لذلك من أثر في تطوير قدرتهم على التواصل.
٤. مساعدة الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة على نطق الأصوات اللغوية بشكل سليم.
٥. مساعدة الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة على تشكيل الأصوات الكلمات والجمل.
٦. تطوير قدرة الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة على التواصل السليم مع الآخرين في حياتهم اليومية.

### إعداد الصورة الأولية للبرنامج:

قامت الباحثة بإعداد الصورة الأولية لمحتوى البرنامج التدريبي قبل عرضه على المحكمين، وقد استفادت الباحثة في إعداد البرنامج التدريبي بصورته الأولية من المصادر التالية:

- أ. الأدب النظري المتعلق بموضوع الدراسة الحالية، ومن البرامج الخاصة بعلاج اضطرابات النطق.
- ب. الرجوع إلى العديد من الأبحاث والدراسات التي اهتمت باضطرابات النطق المختلفة لدى الأطفال العاديين والمعاقين عقلياً، وقد روعي عند بناء البرنامج التدريبي ما يلي:
  ١. اختيار أنشطة البرامج المناسبة والمتنوعة والجاذبة لاهتمام الأطفال المعاقين عقلياً.
  ٢. تنويع الوسائل التعليمية المستخدمة في عملية التدريب من أجل تحقيق الأهداف المنشودة من البرنامج التدريبي.

## د. فوزية عبدالله الجلامدة

٣. الأخذ بعين الاعتبار الخلفية الثقافية والاجتماعية للأطفال قيد الدراسة مثل ثقافة الأهل، وطريقة حوار الأهل في المنزل وغيرها.

٤. اختيار المفردات المناسبة من حيث القدرات العقلية للأفراد الدراسة.

٥. اختيار الصور المناسبة للأفراد الدراسة بحيث تكون مألوفة ومناسبة لقدراتهم العقلية.

### تحكيم البرنامج التدريبي

تم عرض البرنامج التدريبي في صورته الأولى على مجموعة من المحكمين بلغ قوامها (١٠) من أساتذة الجامعات في مجال التربية الخاصة والمختصين بمجال النطق. وبعد الأخذ بآراء المحكمين والأخذ بملاحظاتهم، تم إجراء التعديلات التي أوصت بها لجنة المحكمين وتتمثل فيما يلي:

١. تعديل وقت الجلسات الخاصة بتدريب أعضاء النطق والتنفس من (٤٠) دقيقة إلى (٢٥) دقيقة.

٢. تعديل الوقت الخاص بالجلسات العلاجية من (٥٠) دقيقة إلى (٤٠) دقيقة.

٣. اقتصار عدد الجلسات من (٢٥) جلسة إلى (٢٣) جلسة.

### الصورة النهائية للبرنامج التدريبي:

بعد الأخذ بآراء المحكمين وإجراء التعديلات اللازمة على الصورة الأولى للبرنامج التدريبي أصبح البرنامج التدريبي بصورته النهائية يتكون من (٢٣) جلسة موزعة كما يلي:

١. جلسة خاصة بأمهات الأطفال المعاقين عقلياً: حيث تم تعريف اضطرابات النطق وأنواعها ودور البرنامج التدريبي في علاج هذه الاضطرابات، وتوضيح الخصائص النطقية لدى الأطفال المعاقين عقلياً وخاصة ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، والتأكيد على دور الأهل في الإسهام في تحقيق أهداف البرنامج التدريبي، وكيفية متابعة أولياء الأمور.

٢. جلسات البرنامج التدريبي ودورهم في مساعدة الأطفال على الاستفادة من البرنامج التدريبي حيث وضح أولياء الأمور أنه سيتم إرفاق نموذج مع الطفل بعد كل

جلسة علاجية لمتابعة أهداف الجلسة في المنزل.

## ◆ فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ◆

٣. جلسات تدريبية للتنفس وأعضاء النطق: وعددها (٤) جلسات تدريبية مدة كل جلسة (٢٥) دقيقة وهي جلسات فردية تقسم إلى:

٤. جلسة تدريبية خاصة بعملية التنفس: وهي جلسة تهدف إلى ضبط عملية التنفس وتنظيم عملية الشهيق والزفير.

أ. جلسة تدريبية خاصة بالشفيتين: تهدف إلى مساعدة الطفل على أن يدرج شفثيه على تغيير شكلهما من استدارة وانفراج وانطباق وفتح وإغلاق وتثبيت مما يساعد على نطق الأصوات اللغوية الخاصة بالشفيتين.

ب. جلسة تدريبية خاصة باللسان: وهي جلسة تهدف إلى تقوية عضلات اللسان وتدريبه حتى يكون في المكان السليم في الفم حتى لا يندفع إلى الأمام وإلى الخلف.

ت. جلسة تدريبية خاصة بالحلق والحنبال الصوتية والتجويف الأنفي: وهي جلسة تهدف إلى تقوية عضلات الفم التحكم في حركتها.

٥. جلسات علاجية لعلاج اضطرابات النطق في الأصوات اللغوية وعددها (١٨) جلسة علاجية مدة كل جلسة (٤٠) دقيقة).

وهي جلسات فردية حيث تم تفصيل هذه الجلسات بناءً على أداء كل فرد من أفراد الدراسة على مقياس الكشف عن اضطرابات النطق حيث خصص لكل فرد جلسات خاصة به بناءً على أدائه على مقياس الكشف عن اضطرابات النطق.

وتم تقسيم هذه الجلسات إلى ما يلي:

أولاً: يخصص في كل جلسة مدة (٥) دقائق لمراجعة للتدريبات الخاصة بأعضاء النطق والتنفس حيث أن لكل صوت لغوي تدريبات خاصة به.

ثانياً: جلسات خاصة بالتدريب السمعي للصوت اللغوي المستهدف وذلك من خلال تعريض أفراد العينة إلى التدريب السمعي من خلال سماعة موصولة بالحاسوب ومن خلال المدربة، أيضاً يطلب من الطفل الإنصات إلى ما يسمعه، ثم الانتقال إلى مرحلة تكرار ما يسمعه.

## د. فوزية عبدالله الجلامدة

ثالثاً: جلسات خاصة بالتدريب البصري للصوت اللغوي المستهدف وذلك من خلال استخدام مرآة يطلب فيها من الطفل نطق الصوت اللغوي المستهدف بشكله المجرد، ثم بمقاطع، ثم بكلمات بسيطة ليتعرف على كيفية حركة الفم أثناء نطق الصوت اللغوي المستهدف. رابعاً: التدريب على النطق السليم للصوت اللغوي المستهدف بدءاً بالصوت اللغوي ثم الكلمة ثم كلمتين ثم جمل قصيرة تحتوي على الصوت اللغوي المستهدف مع استخدام معينات مثل الصور والبطاقات، ويمر التدريب على الصوت اللغوي المستهدف بعدة مراحل هي:

١. مرحلة التأسيس: وفيها يتم التدريب على الصوت اللغوي المستهدف كما يلي:

أ. الصوت اللغوي المستهدف منفرداً مثل (س).

ب. الصوت اللغوي المستهدف في مقاطع لا معني لها يكون فيها الصوت اللغوي المستهدف في بدايتها ووسطها ونهايتها.

مثل: سسا نس نس

ج. الصوت اللغوي المستهدف في كلمة يقع في بدايتها ووسطها ونهايتها.

د. الصوت اللغوي المستهدف جملة قصيرة من كلمتين.

٢. مرحلة التثبيت: أي الانتقال إلى كلمات أخرى غير تلك التي تدرّب عليها في

المرحلة السابقة للتأكد من انتقال أثر التدريب على الصوت اللغوي المستهدف.

خامساً: تقويم الأهداف التي تحققت في الجلسة العلاجية للصوت اللغوي المستهدف من خلال الانتقال إلى كلمات أخرى غير تلك التي تدرّب.

المسئول عن تنفيذ البرنامج:

قامت الباحثة بتدريب أخصائية النطق على البرنامج التدريبي، وتم تنفيذ إجراءات البرنامج التدريبي في الفترة الواقعة بين (٧/٥/١٤٣٧ هـ - ١٠/٧/١٤٣٧ هـ) بواقع (٢ - ٣) جلسات تدريبية وعلاجية أسبوعياً لكل فرد من أفراد المجموعة التدريبية، إضافة إلى إجراء جلسة إرشادية للأمهات.

الوسائل المستخدمة لتنفيذ البرنامج:

قامت المدربة أخصائية النطق باستخدام الوسائل المعينة التالية في تطبيق البرنامج التدريبي المقترح للتدخل المبكر في علاج اضطرابات النطق:

## ◆ فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ◆

١. مجموعة كبيرة من الصور الملونة التي تمثل الأصوات اللغوية في بداية الكلمة وفي وسطها وفي نهايتها.
٢. مجموعة من المجسمات التي تمثل الخضراوات والفاكهة ومجموعة من الحيوانات ومجموعة من وسائل النقل... الخ.
٣. أقراص مدمجة تمثل الأصوات اللغوية وطريقة نطقها.
٤. مجموعة من الأدوات التي تمثل شمعة، صفاة، بالونات، حافظ لسان، سماعة موصولة بالحاسوب، ألوان خشبية، معجون، مرآة.
٥. نموذج خاص بالجلسات العلاجية يعبأ بعد كل جلسة علاجية لمتابعة ذلك في المنزل.
٦. مجموعة من النجوم والأختام والساكر للتعزيز اللفظي والمادي.

### إجراءات الدراسة:

١. تم حصر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة القابلين للتعلم والذين يعانون من اضطرابات النطق والملتحقين بجمعية عنيزة للخدمات الإنسانية.
٢. بناء مقياس للكشف عن اضطرابات النطق للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، وتم التأكد من صدق وثبات المقياس وتمريه بمراحل الإعداد المختلفة حتى وصوله إلى الصورة النهائية.
٣. تطبيق مقياس الكشف عن اضطرابات النطق للأطفال ذوي الإعاقة العقلية في الفترة ما بين (١٤٣٧/٤/٢١ هـ - ١٤٣٧/٥/٥ هـ) على الأطفال الذين انطبقت عليهم شروط اختيار أفراد الدراسة قبل تطبيق البرنامج التدريبي المقترح لتحديد اضطرابات النطق عند أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة.
٤. اختيار عينة الدراسة النهائية والمكونة من (٢٠) طفلاً وطفلة من ذوي الإعاقة العقلية البسيطة ومن ذوي الفئة العمرية ما بين (٤ - ٨) سنوات والقابلين للتعلم والذين يعانون من اضطرابات في النطق.
٥. تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين تجريبيتين وضابطة كل مجموعة تكونت من (١٠) أطفال من ذوي الإعاقة العقلية البسيطة القابلين للتعلم (٥) أطفال من الذكور و(٥) من الإناث.

٦. تم تطوير البرنامج التدريبي المقترح ومن خلال مروره بالمراحل المختلفة حتى وصوله إلى صيغته النهائية.
٧. تم تطبيق البرنامج التدريبي المقترح للتدخل المبكر في علاج اضطرابات النطق للأطفال ذوي الإعاقة العقلية في الفترة الواقعة بين (١٤٣٧/٥/٧ هـ - ١٤٣٧/٧/١٠ هـ) على أفراد المجموعة التدريبية للتأكد من فاعلية البرنامج التدريبي المقترح.
٨. أعيد تطبيق مقياس الكشف عن اضطرابات النطق للأطفال ذوي الإعاقة العقلية على أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج في الفترة ما بين (١٤٣٧/٧/١١ هـ - ١٤٣٧/٧/١٧ هـ) وذلك لمعرفة أثر البرنامج التدريبي المقترح على أفراد المجموعة التجريبية.
٩. تم تحليل البيانات التي تم الحصول عليها جراء تطبيق مقياس الكشف عن اضطرابات النطق للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة على أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة (قبل وبعد) تطبيق البرنامج التدريبي المقترح للتدخل المبكر في علاج اضطرابات النطق للأطفال ذوي الإعاقة العقلية لأفراد العينة التجريبية.
١٠. تم تحليل النتائج، ومن ثم تمت مناقشة النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.
١١. تم تقديم مجموعة من التوصيات التربوية في ضوء النتائج التي أسفرت عنها الدراسة.
- متغيرات الدراسة:**
- المتغير المستقل:** البرنامج التدريبي للتدخل المبكر في علاج اضطرابات النطق لدى الأطفال المعاقين عقلياً.
- المتغير التابع:** وهو اضطرابات النطق عند الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.
- المتغير التصنيفي:** الجنس وله مستويان.
- التصميم المستخدم:**
- أما التصميم التجريبي المستخدم فهو التصميم الذي يستخدم عينة تجريبية وضابطة واختبارين: قبلي وبعدي.

## ◆ فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ◆

Experimental Group O1 1X O 1

O1 Control Group \_ O2

O1: يشير إلى القياس القبلي للمجموعة التجريبية والضابطة.

O2: يشير إلى القياس البعدي للمجموعة التجريبية والضابطة.

X : تشير إلى المعالجة الإحصائية.

\_ : تشير إلى عدم المعالجة التجريبية ( لم يستخدم البرنامج التدريبي ).

المعالجة الإحصائية

استخدمت الدراسة المعالجات الإحصائية التالية وذلك للتحقق من صحة فرضيات الدراسة:

١. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ( Mean & Standard Deviation).

٢. اختبار مان وتيني (Mann-Whitney) (u) واختبار ويلكوكسون (Wilcoxon)

(w) اختبار (z) للفروق بين متوسطي رتب درجات عينتين مستقلتين "الضابطة

والتجريبية

٣. الرسم البياني.

### تفسير النتائج ومناقشتها:

الفرضية الأولى وتنص على الآتي:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في اضطرابات النطق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة تعزى إلى البرنامج التدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام الأساليب الإحصائية اللابارومترية اختبار مان وتيني (Mann-Whitney) (u) واختبار ويلكوكسون (Wilcoxon) (w) لعينتين مستقلتين وذلك لحساب الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين على برنامج التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية.



## د. فوزية عبدالله الجلامدة

جدول (٣)

نتائج اختبار مان وتيني وقيمة (Z) ودالاتها للفروق بين متوسطات رتب الدرجات للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للتدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية

المجموعة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	U	Z	مستوى الدلالة
الضابطة	10	54.62	5.61	0.001	-2.647*	دالة
التجريبية	10	39.65	7.51			

\*P ≤ 0.01

وجود فروق جوهرية دالة إحصائياً بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي، حيث كانت تلك الفروق دالة عند مستوى (٠.٠٠١)، وبالرجوع إلى متوسطات الدرجات لكلا المجموعتين يتضح أن متوسطات درجات المجموعة التجريبية أدنى من متوسطات درجات المجموعة الضابطة، وهذا يدل على أن هذه الفروق الدالة لصالح المجموعة التجريبية حيث حسنت أساليب التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بشكل ملحوظ، وهذه النتائج تحقق صحة الفرض الأول

**مناقشة الفرض الأول:** أشارت النتائج إلى وجود فروق للبرنامج التدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة ولصالح المجموعة التجريبية، وقد يعود السبب في ذلك إلى ما تم توظيفه من استراتيجيات وأساليب استخدمت في تنفيذ البرنامج مثل الصور الجذابة، والأدوات المختلفة مثل البالونات المرآة الشموع الحاسوب الشوكلا وغيرها لتحفيز الطفل على التفاعل واستخدام طريقة اللعب مع الطفل خاصة عندما تطلب المدربة من الطفل تقليد الأصوات المختلفة للحيوانات، وكذلك التنوع في الأساليب والوسائل التدريبية التي تم تدريب الطفل عليها بحيث يشعر الطفل بأنه يلعب حتى لا يمل ويستمتع ويتابع من خلال الأساليب المختلفة التي تطلبها منهم المدربة لتنفيذها بحماس ودون خجل أو تردد وتكرارها للطفل ليتم تثبيت ذلك من خلال التغذية الراجعة المستمرة مع الأطفال، وكذلك استخدام الكلمات من واقع كلمات الطفل اليومية المألوفة وتحفيز الطفل من خلال المحفزات المنوعة سواء المعنوية أو المادية التي كانت تقدم للأطفال، كذلك التشجيع المستمر من قبل المدربة للأطفال، كما ويمكن عزو ذلك إلى ما تميز به البرنامج من استمرارية لما يتضمنه من تطبيق الطفل لما يتعلمه أثناء الجلسات التدريبية، وقد تم الحث على ذلك من خلال الجلسة الإرشادية التي قدمت للأمهات الأطفال

## ◆◆ فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ◆◆

في بداية البرنامج وتشجيعهن على متابعة الجلسات العلاجية لأطفالهن وتخصيص وقت في المنزل لتدريب أطفالهن على ما تلقوه في الجلسة العلاجية من خلال نموذج يرفق فيه مجموعة من النصائح لإعادة التدريب في المنزل وذلك من خلال تخصيص ساعة لإعادة التدريب مع أطفالهن في المنزل من أجل نقل أثر التدريب إلى المنزل وتعاون الأهل في تطبيق ما تعلمه الطفل، واعتقد كذلك أن حماس أمهات الأطفال على استثمار كل ما تدرب عليه الطفل وتكراره في المنزل واستخدام كلمات مشابهة من الكلمات المستخدمة في حياة الطفل اليومية وتشجيع الأمهات لأطفالهن على ذلك، وكذلك تجنب ترديد كلمات الطفل التي ينطقها في المنزل ونطق الكلمة بشكل الصحيح خلال الحديث مع الطفل، وهذا اعتقد قد أسهم في تسهيل تدريب الأطفال على الأصوات اللغوية المستهدفة، كذلك راعت نشاطات البرنامج التدريبي الفروق الفردية بين أفراد عينة الدراسة من حيث تنوع اضطرابات النطق لديهم إضافة إلى خبراتهم السابقة التي لديهم، كذلك وضع البرنامج أهدافاً وأساليب وطرق تدريبية واقعية من حياة الطفل مما أدى إلى تسهيل تدريب هؤلاء الأطفال على الأصوات اللغوية المستهدفة، كذلك قد يكون للاندماج في النشاطات المختلفة التي تم تدرب الأطفال عليها في المواقف المختلفة التي تعرضوا لها أثناء تعليمهم وتدريبهم دور في التحسن وأثر للبرنامج التدريبي، كذلك تم مراعاة وتكرار استعمال الكلمات مقرونة بوسائل الإيضاح المناسبة لتنتم عملية الربط بين الكلمة ومدلولها من الصور. وكذلك لا ننسى دور البرامج التي تقدم للأطفال في نفس المركز في هذا المجال.

وقد اتفقت نتائج هذا الفرض مع دراسة هويدي (٢٠٠٩) التي أشارت النتائج لديه إلى وجود فروق إحصائية في المهارات اللغوية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية تعزى لتطبيق البرنامج، وكذلك دراسة البطاينة (٢٠١٢) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين أطفال لمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية لصالح المجموعة التجريبية تعزى إلى تطبيق البرنامج التدريبي، ودراسة مطر (٢٠٠٦) فعالية البرنامج في زيادة كفاءة النطق لدى الأطفال المعاقين عقلياً في المجموعتين التجريبيتين الأولى والثانية مقارنة بالمجموعة الضابطة بعد التطبيق، ووجود فروق دالة إحصائية في كفاءة النطق في المجموعة الأولى (الإرشاد والتدريب)، والمجموعة التجريبية الثانية (التدريب فقط) بعد تطبيق البرنامج لصالح

## د. فوزية عبدالله الجلامدة

المجموعة التجريبية الثانية مما يعني أن إرشاد الأمهات قد أدى الى زيادة فاعلية البرنامج، ودراسة (Mire & Montgomery, 2009) أشارت نتائج دراسته الى أن هناك أثراً لبرنامج التدخل المبكر القائم على تدريب النطق على تحسين القدرات اللفظية لدى أطفال الإعاقات العقلية والسمعية، ودراسة (Hanson, 2002) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التدريبية الأولى والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية، ودراسة (Ekars, 2002) الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية تعزى الى تطبيق البرنامج العلاجي، ودراسة (Taylor & Sandoval, 1994) وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية تعزى إلى استخدام البرنامج العلاجي.

**الفرضية الثانية وتنص على الآتي:**

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) للبرنامج التدريبي في التدخل المبكر للعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة تعزى إلى متغير الجنس.

جدول (٤)

نتائج اختبار مان وتيني وقيمة (Z) لأداء المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الكشف عن اضطرابات النطق للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة تبعاً لمتغير الجنس

الجنس	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	U	Z	مستوى الدلالة
أنثى	10	50.27	5.24	صفر	*2.896	دالة
ذكر	10	58.96	5.15			

\* $P \leq 0.01$

يتبين من الجدول (4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية للبرنامج التدريبي في التدخل المبكر للعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية تعزى للجنس حيث بلغت قيمة (Z) المحسوبة ( $F=2.896$ ) وهي أعلى من القيمة الجدولية عند مستوى دلالة ( $\square\square 0.01$ ) ولصالح الإناث.

**مناقشة الفرض الثاني:** أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية للبرنامج التدريبي في التدخل المبكر للعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية تعزى للجنس ولصالح الإناث. وقد يعود ذلك الى أن البنات دائماً قريباً من أمهاتهن وتتحدث الأمهات باستمرار مع البنات وتكون استجابة البنات أكثر للحديث والتحدث مع الأم

## ◆ فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ◆

مقارنة بالطفل الذكر، كذلك الولد دائما بعيد عن أمه ينهمك في اللعب والحركة، بينما البنت ترافق الأم خلال أعمالها في المنزل وتقلد الأم بكل شيء وغالبا ما تقوم الأم بتوجيهها وتشجيعها والتحدث معها مما يساعد على خلق جو اجتماعي وتكيف وممارسة للغة والنطق بشكل أفضل من الولد مما يساعد في النمو اللغوي وتحسن النطق عندها، وهذا يساعد على نقل ما تعلمته من البرنامج التدريبي الى المنزل. كذلك البنات أكثر تقليد للام، والطفل يتعلم أن يقلد استجابات الآخرين ولكنه يتعلم محاولة القيام باستجابات جديدة وارتباطات بين الاستجابات المتعددة، وألام حريصة على البنت أكثر من الولد لان البنت أكثر استجابة من الولد للام والانصياع لتعليمات بالبقاء بالمنزل خوفا عليها مما يسهم في التحدث مع الأم باستمرار، كذلك تصيح البنات أكثر مهارة عند تحدث الوالدين إليهم مباشرة، وترك الفرصة المناسبة للبنات ومساعدتهن على الإجابة، لا سيما أن الحياة اليومية مع البنات مليئة بفرص التواصل والتكلم معهن، وبخاصة في توجيه الأسئلة والأوامر والنواهي، وتقديم نماذج مناسبة لعرض العديد من المواضيع بعدة أشكال، وقد يكون كذلك تفاعل البنات أكثر مع المعلمة والزميلات مما يسهم في تحسن النطق أكثر عند الإناث مقارنة بالذكور.

وتشير الدراسات أن البنات أسرع نضجا من الأولاد إذ يقدر تعظم المراكز العظمية والنمو العصبي لدى الإناث أسرع من الذكور بمدة تتراوح (٣ - ٦) أسابيع، وقد يصل هذا النضج الى سنتين (الوقفي، ٢٠٠٣).

وقد يكون أداء النصف الأيسر من الدماغ هو المسئول عن اللغة أكثر نشاطا عند البنات منه عند الذكور، فمنطقة بروكا هي التي تلعب دورا جوهريا في تشكيل وبناء الكلمات والجمل، إذ هي المركز المسئول عن تنظيم أنماط النطق، ولهذا ولهذه الوظيفية علاقة بقرب هذا المركز من منطقة التحكم بعضلات الوجه والفك واللسان والحنجرة في القشرة الدماغية، وكذلك هو المسئول عن شكل الأفعال وانتقاء الكلمات الوظيفية (السرطاوي وأبو جودة، ٢٠٠٠).

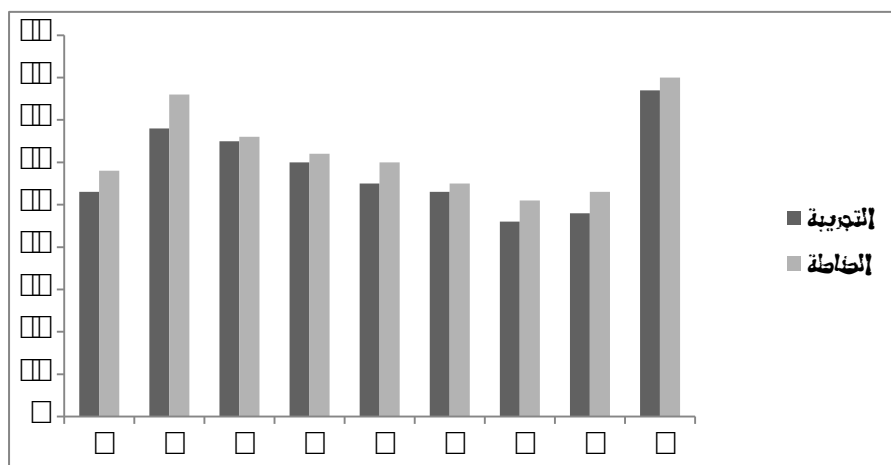
ويشير روبنسون (Robinson, R. J,1991) الى أن الذكور الأكثر تأثراً بالضعف اللغوي الخاص عن أقرانهم من الإناث. ففي العينات الإكلينيكية، تكون نسبة تأثير الجنس بين الذكور إلى الإناث ما يعادل ثلاثة أضعافٍ أو ٤:١ لصالح الذكور، إلا أن سبب هذا الارتباط غير معروف، حيث لا توجد صلة ارتباط للجينات بكموسومات الجنس .

## د. فوزية عبدالله الجلامدة

وقد اتفق نتائج هذا الفرض مع دراسة (Ekars,2002) الى وجود أثر ذي دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في المجموعة التجريبية تعزى الى متغير الجنس ولصالح الإناث.

واختلفت مع دراسة النعيمي (٢٠٠٨) عدم وجود فروق في تقييم برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين عقلياً من وجهة نظر الأمهات تعزى إلى جنس المعاق، ودراسة البطاينة عدم وجود فروق ذات دلالة (0.05) في فاعلية البرنامج التدريبي بين أفراد المجموعة إحصائية عند مستوى الدلالة التجريبية تعزى إلى متغير الجنس (ذكر، أنثى)، ودراسة (Taylor & Sandoval, 1994) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في المجموعة التجريبية تعزى إلى الجنس،

ودراسة (Mire & Montgomery, 2009) إلى عدم وجود فروق تعزى إلى الجنس أثر برنامج التدخل المبكر على تحسين المهارات اللفظية لدى المعاقين، ودراسة (Kummerer, 2010) إلى عدم وجود فروق في الجنس في مستوى برنامج التدخل المبكر على المخرجات العلاجية.

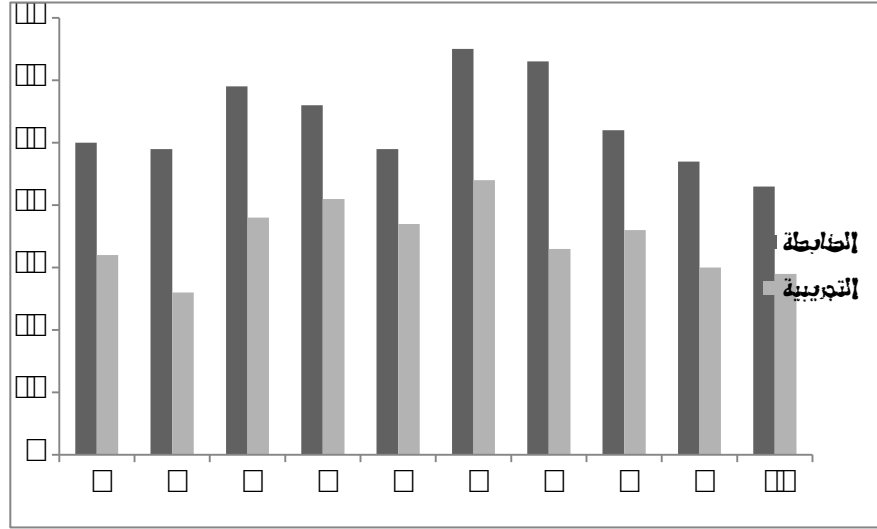


درجة الاضطراب

الشكل (١)

المتوسطات الحسابية للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي

## فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال



درجة الاضطراب

الشكل (٢)

المتوسطات الحسابية للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي

### التوصيات:

في ضوء ما النتائج التي توصلت إليه نتائج الدراسة توصي الباحثة بما يلي:

١. إجراء دراسات مماثلة على ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة.
٢. إجراء دراسات على مستويات أخرى من الإعاقة العقلية والتركيز على متغيرات أخرى وعلى فئات عمرية أكبر، وعلى مشاركة الوالدين، والإخوة والأخوات في البرامج التدريبية والإرشادية.
٣. إجراء دراسات على الطلبة المعاقين عقليا المدمجين بالمدارس العادية ممن لديهم اضطرابات في النطق والصوت وغيرها.
٤. الاهتمام بالبرامج الإرشادية والعلاجية التي تساعد أولياء الأمور على تفهم وعلاج عيوب اضطرابات المختلفة لدى أبنائهم المعاقين.
٥. إجراء دراسات حول أثر الاضطرابات الصوتية والنطقية على التوافق النفسي والاجتماعي لدى أطفال المعاقين عقليا.

#### د. فوزية عبدالله الجلامدة

٦. إجراء دراسات حول أثر استخدام الحاسب في معالجة الاضطرابات الصوتية والنطقية لدى المعاقين عقليا.
٧. إجراء دراسات تتبعيه لمعرفة مدى بقاء أثر التدريب على معالجة الاضطرابات الصوتية والنطقية لدى الأطفال المعاقين عقليا وغيرها من الإعاقات الأخرى.
٨. إجراء دورات لأولياء الامور والمتخصصين في مجال الاعاقة حول استراتيجيات معالجة الاضطرابات الصوتية والنطقية لدى المعاقين عقليا وغيرها من الاعاقات الذين يعانون من تلك المشكلات.
٩. إجراء دراسات مسحية لمعرفة نسبة انتشار الاضطرابات الصوتية والنطقية لدى الأطفال المعاقين عقليا وغيرها من الإعاقات الأخرى.
١٠. تفعيل دور خريجي اضطرابات النطق من خلال تعيينهم في المدارس ومعاهد ذوي الاحتياجات الخاصة لتفعيل البرامج العلاجية المختلفة في علاج الاضطرابات الصوتية والنطقية المختلفة لدى الطلبة بمختلف فئاتهم.

## المراجع:

أولاً: مراجع باللغة العربية:

١. ابو النصر، مدحت (٢٠٠٥). الإعاقة العقلية المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية. القاهرة: مجموعة النيل العربية.
٢. الاتحاد الإسباني لجمعيات أخصائي التدخل المبكر (GAT) (٢٠٠٥). الكتاب الأبيض للتدخل المبكر. ترجمة تيسير بن عبود \_ تطوان، جمعية حنان، مدريد، الجمعية الملكية للإعاقة، بعناية: المركز الإسباني للتوثيق حول الإعاقة، الرياض: دار الزهراء.
٣. أسعد، احمد (٢٠٠٥). إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم. عمان: دار المسيرة.
٤. البيلاوي، ايهاب (٢٠٠٣). اضطرابات النطق دليل أخصائي التخاطب والمعلمين والوالدين. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
٥. البيلاوي، ايهاب (٢٠١٣). اضطرابات التواصل. الرياض: دار الزهراء.
٦. البطاينة، أسامة، الجراح، عبدالناصر والغوانمة، مأمون (٢٠٠٧). علم نفس الطفل غير العادي. عمان: دار المسيرة.
٧. البطاينة، محمد (٢٠١٢). فاعلية برنامج تدريبي للتدخل المبكر في علاج اضطرابات النطق للأطفال ذوي الإعاقة العقلية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم التربوية والنفسية، جامعة عمان العربية، عمان.
٨. بيرنثال، جون ويانكسون، نيكولاس (٢٠٠٤). الاضطرابات النطقية والفونولوجية، ترجمة: حمدان، جهاد وعميرة، موسى، (٢٠٠٩). عمان: دار وائل.
٩. الخطيب، جمال (٢٠١٠). مقدمة في الإعاقة العقلية. عمان: دار وائل للنشر.
١٠. الخطيب، جمال والحديدي، منى (٢٠١٠). التدخل المبكر - التربية الخاصة في الطفولة المبكرة. عمان: دار الفكر.
١١. الجادري، عدنان، قنديلجي، عامر، وبني هاني، عبدالرزاق، وأبو زينة، فريد (٢٠٠٦). مناهج البحث العلمي - أساسيات البحث العلمي. عمان: مؤسسة الوراق.
١٢. الروسان، فاروق (٢٠١٠). مقدمة في الإعاقة العقلية. عمان: دار الفكر.



#### د. فوزية عبدالله الجلامدة

١٣. الروسان، فاروق (٢٠١٠). سيكولوجية الأطفال غير العاديين - مقدمة في التربية الخاصة. عمان: دار الفكر.
١٤. سالم، أسامة فاروق (٢٠١٤). اضطرابات التواصل بين النظرية والتطبيق. عمان: دار المسيرة.
١٥. السرطاوي، عبدالعزيز، وأبو جودة (٢٠٠٠). اضطرابات اللغة والكلام. الرياض: أكاديمية التربية الخاصة.
١٦. سليمان، جمال (٢٠٠٩). اضطرابات النطق والكلام - فنيات علاجية وسلوكية. القاهرة: مصر العربية للنشر.
١٧. شاش، سهير محمد (٢٠٠٧). اضطرابات التواصل - التشخيص الأسباب العلاج. مكتبة زهراء الشروق: القاهرة.
١٨. الشخص، عبدالعزيز (١٩٩٧). اضطراب النطق والكلام. الرياض: مكتبة الصفحات الذهبية.
١٩. شقير، زينب محمود (١٩٩٩). سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
٢٠. الشيخ، حنان (٢٠١١). اضطرابات اللغة والكلام. الكويت: مكتبة الفلاح.
٢١. صابر، خالد، وحمدي، محمد، وجمال، بهاء (٢٠١٠). دليل الإحصائي الاجتماعي للتعامل مع المعاقين ذهنياً. القاهرة: دار العلوم.
٢٢. الظاهر، قحطان (٢٠١٢). الإعاقة العقلية ويطء التعلم. عمان: دار وائل.
٢٣. عبدالله، سهير (٢٠٠٥). اضطرابات النطق والكلام (التشخيص والعلاج). القاهرة: عالم الكتب.
٢٤. عبدالمنعم، أمال (٢٠٠٨). إستراتيجية التدخل المبكر ورعاية المعوقين عقلياً. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
٢٥. عبيد، ماجدة (٢٠٠١). مدخل إلى التربية الخاصة. عمان: دار الصفا.
٢٦. كوافحة، تيسير وعبدالعزيز، عمر (٢٠١١). مقدمة في التربية الخاصة. عمان: دار المسيرة.

## ◆◆◆ فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ◆◆◆

٢٧. مطر، عبدالفتاح (٢٠٠٦). فاعلية برنامج إرشادي تدريبي للأطفال المعاقين عقليا وأمهاتهم في علاج بعض إضطرابات النطق لدى هؤلاء الأطفال، المؤتمر العلمي الرابع لكلية التربية جامعة بني سويف، بعنوان دور الأسرة ومؤسسات المجتمع المدني في إكتشاف ورعاية ذوي الإحتياجات الخاصة ٣ - ٤ مايو.

٢٨. منصور، عبدالمجيد أحمد (١٩٨٢). علم اللغة النفسي. الرياض: مطابع جامعة الملك سعود.

٢٩. النبهان، موسى (٢٠٠٤). أساسيات القياس والتقويم في العلوم السلوكية. عمان: دار الشروق.

٣٠. النعيمي، فاطمة (٢٠٠٨). تقييم برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين عقلياً في دولة الإمارات العربية المتحدة من وجهة نظر الأمهات والمعلمين. رسالة دكتوراه غير منشوره، عمان: جامعة عمان العربية.

٣١. النوي، محمد علي (٢٠١٠). مقياس اضطرابات النطق لدى العاديين وضعاف السمع. عمان: دار صفاء.

٣٢. هويدي، طایل (٢٠٠٩). أثر برنامج تدريبي لغوي بمشاركة الأهل في تنمية المهارات اللغوية (الاستقبالية والتعبيرية) لدى الأطفال المعاقين عقلياً في الأردن، رسالة دكتوراه غير منشورة، عمان: جامعة عمان العربية.

٣٣. الوقي، راضي (٢٠٠٣). صعوبات التعلم النظري والتطبيقي. عمان: كلية الأميرة ثروت.

٣٤. يحيى، خوله وعبيد، ماجدة (٢٠٠٥). الإعاقة العقلية. عمان: دار وائل.

٣٥. يوسف، جمعة (٢٠٠٠). الاضطرابات السلوكية وعلاجها. القاهرة: دار غريب.

٣٦. الجمعية الخيرية لرعاية وتأهيل المعاقين بريدة [www.burd.sa.com](http://www.burd.sa.com)

ثانياً: مراجع باللغة الإنجليزية:

37. Anderson, C.J. (2005). *Alternative Bias on Omission the Behavioral & Brain Sciences*, 28 (4), 54.

38. Behl, D. Houston, T. (2010). *Alternative on Omission Bias the Behavioral & Brain Science*, 28 (4), 54.

39. Chen, H. (2010). *Developing & Evaluation an Oral Skill Training Program*. 23, (1), 59 – 78.
40. Ekars, S. (2002). *A follow – up Study of Phonologically Delayed Preschool Children*. J. Article Report– Research, 17, 551 – 558.
41. Hanson, M.J (2002). *Efficacy of Speech Therapy in Children with Language Disorder: Specific Language Impairment Compared with Language Impairment in Co– morbidity with Cognitive Delay*. Intern. J. Pediatric Otorhinolaryngology, 63 (2), 129 – 136.
42. Kummerer, S. (2010). *Early Language Intervention Program for Hispanic Children with Mild Disabilities, Intervention in school & Clinic*, 45 (3), 192 – 200.
43. Kauffman, J. M. (1981). Introduction: Historical trends and contemporary issues in special education in the United States. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.). *Handbook of special education* (pp. 3–23). Englewood Cliffs, NJ: Prentice–Hall.
44. Mire, S. Montgomery, J. (2009). *Early Intervention for Student with Speech Sound Disorders & Mild Mental Retardation*. Communication Disorders Quarterly, 30 (3), 155 – 166.
45. Robinson, R. J. (1991). *Causes and associations of severe and persistent specific speech and language disorders in children*. Developmental Medicine and Child Neurology, 33, 943–962.
46. Smith, J. Holland, T. (2009). *Making Decisions about Service Delivery in Early Childhood Programs. Language, Speech & Hearing Services in School*, 40 (4), 416 – 423.

◆══════ فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ══════◆

47. Smith, M.B., Patton, J.R., & Kim, S.H. (2006). *Introduction to the Mental Retardation: An Introduction to Intellectual Disabilities*. (7<sup>th</sup> ed.) New Jersey: Merrill Prentice Hall.
48. Taylor, A. & Sandoval. K. (1994). *Preschoolers with Phonological & Language Disorders. Treatment Different Linguistic Domains*. J. Language Speech & Hearing Services in the school, 25, 2015 – 234

**The Effectiveness of an Early Intervention Training Program for  
Speech Disorders Therapy among Children with Mental  
Disabilities in Saudi Arabia**

Prepared By

Dr. Fawzia Abdullah Al – Jalamdeh

Assistant Professor at Special Education Department

College of Education – Qassim University

**Abstract**

The study aimed to identify the impact of the training program in early intervention for speech therapy disorders in children with mental disabilities. The study sample consisted of two groups ( experimental and control group ) and Each group consisted of 10 children with simple mental disabilities ( 5 males 5 females) and with the age group between ( 4-8 ) years from childhood early intervention center in Association Onaizah Humanitarian Services in Qassim.

The researcher prepared a measure to detect speech disorders of children with simple mental disabilities, and also the researcher prepared a training program for early intervention in the treatment speech disorders for children with simple mental disabilities.

The results of this study have indicated that there were statistically significant differences at the level of  $(0.05 \geq \alpha)$  between the experimental and control groups in the training program in early intervention for speech therapy disorders in children with mental disabilities and in favor of the experimental group , in addition there were statistically significant differences at the level of  $(0.05 \geq \alpha)$  effective of the training program for early intervention in the

◆══════ فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر لعلاج اضطرابات النطق لدى الأطفال ══════◆

treatment speech disorders for children with simple mental disabilities due to gender and the differences in favor of females.

**Key Words:** Speech Disorders, a Training Program, Mental Disability